

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Instituição para o tratamento da Cirurgia

**Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

**VOL. LXVI**

**São Paulo, Julho de 1953**

**N.º 1**

## Sumário:

	Pág.
Tratamento cirúrgico das fraturas de clavícula — Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO .....	11
Tratamento cirúrgico das hérnias inguinais comuns — Dr. GILSON MAURITY SANTOS e AG. DARIO MACHADO .....	15
Tumor viloso do reto — Drs. ADALBERTO LEITE FERRAS e CARLOS PORTUGAL GOMES .....	29
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina:	
Urologia .....	37
Neuro-Psiquiatria .....	41
Otorrinolaringologia .....	50
Dermatologia e Sifilografia .....	56
Sociedade Médica São Lucas .....	58
Outras Sociedades .....	60
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números .....	65
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Associação Paulista de Medicina .....	66
<b>Congressos Médicos:</b>	
II Congresso Regional da Associação Paulista de Medicina .....	68
I Congresso Interamericano de Cirurgia .....	68
<b>Assuntos de Atualidade:</b>	
Estágio para estudantes de psiquiatria .....	74
Estatística de mortalidade em 1951 .....	74
Associação Médica Mundial .....	76
<b>Necrológio:</b>	
Prof. ERASTO GAERTNER .....	78
<b>Literatura Médica:</b>	
Apreciações .....	78
<b>Um prêmio diferente:</b>	
Prêmio São Lucas .....	80



LABORATÓRIO TORRES S. A.

# VIKASALIL

B<sub>1</sub>

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DOR.



*Fórmula:*

Salicilato de Sódio .....	0,50
Piramido .....	0,10
Vitamina T .....	0,001
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,006
Bicarbonato de Sódio .....	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

# Ácido clorídrico + Pepsina

Sob a forma de comprimidos



## ACIDOL-PEPSINA



A CHIMICA »*Bayer*« LIMITADA



# PANTOMETIONIN

(Flaconetes de 5 cm<sup>3</sup>, ampolas de 10 cm<sup>3</sup> e comprimidos)

## FÓRMULA:

### INJETÁVEL (uso endovenoso)

#### AMPOLAS DE 10 CM<sup>3</sup>

Acetil metionina .....	2,600 g
Cloreto de colina .....	0,050 g
Glicocolica .....	0,050 g
Inositol .....	0,100 g
Vitamina B12 .....	10 mcg.
Soluto glicosado a 30%	
q. s. p. 10cm <sup>3</sup>	

### O R A L

#### FLACONETES DE 5 CM<sup>3</sup>

Acetil metionina .....	0,650 g
Cloreto de colina .....	0,500 g
Glicocolica .....	0,050 g
Inositol .....	0,100 g
Vitamina B12 .....	5 mcg.
Água bi-distilada	
q. s. p. 5cm <sup>3</sup>	

### COMPRIMIDOS

Cloreto de colina .....	0,200 g
Metionina (amido ácido) .....	0,500 g
Inositol .....	0,100 g
Vitamina B12 .....	2 mcg.
Excipiente q. s. p. ....	0,900 g

## INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS

*No tratamento das anemias macrocíticas, das  
hepatites e toxi-infecções com insuficiência hepática*

## APRESENTAÇÃO:

Caixa com 5 ampolas de 10 cm<sup>3</sup>

Caixa com 5 e 10 flaconetes de 5 cm<sup>3</sup>

Tubo com 20 comprimidos.

### VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

Licença do S. N. F. M. sob os números 790/52, 798/52 e 402/52  
Tabela A alínea XIII Indústria Brasileira

Farm. Resp.: M. P. Lanzoni

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



neuro-sedativo - anti-espasmódico - anti-convulsivante



Na hiper-excitabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

**LEPTOLOBIUM ELEGANS**

Crataegus Oxiaçanta-Bromuretos de Amônios, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.  
Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 33-9426 - São Paulo



# HEXANITOL

HEXANITOL COM RUTINA

Vaso-dilatadores  
Hipotensores



**HEXANITOL**  
*baixa a pressão  
arterial*

**HEXANITOL COM RUTINA**  
*baixa a pressão arterial  
e evita as hemorragias  
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda  
Rua Tamandaré 777 Tel-36 4572  
São Paulo

© 1964 S. L.

# HEXANITOL



HEXANITOL COM RUTINA



## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:  
*metadona e papaverina*

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não afeta o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opiáceos
- É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm3, em calvas  
com 5, 25 e 100  
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA

# DOLCSONA

# Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

## DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

# VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucóseo a 5 % com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP.

Soluto de Glucóseo Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucóseo em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucóseo em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1000 cm<sup>3</sup>

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio  
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>

### Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado).



# Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ..... : Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818  
Caixa Postal 3.705 — Enderêgo Telegráfico : "PICOT"

LABORATÓRIOS : Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL..... : São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.  
Enderêgo Telegráfico : "BAXTER"



Uma completa associação de antianêmicos  
para a produção normal eritrocitária.

**VITAMINA B12** (Fator extrínseco de Castle)

**Mucosa de estômago de porco**  
(Fator intrínseco de Castle)

**ÁCIDO FÓLICO**

**FATOR ANTIANÊMICO DO FÍGADO**

**SULFATO FERROSO**

**VITAMINA C**



**DRÁGEAS**  
**FERRO-FÓLICO**  
*Labor*  
**12**

**LABORTERAPICA S. A.**

*(Uma instituição apoiada na confiança do médico)*

SANTO AMARO (SÃO PAULO)



# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . . Cr \$ 150,00 — Número avulso . . . Cr \$ 15,00

**VOL. LXVI**

**JULHO DE 1953**

**N.º 1**

## Tratamento cirúrgico das fraturas de clavícula (\*)

**DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO**

*Cirurgião do Sanatório São Lucas.*

As fraturas de clavícula representam, segundo Forgue, de 14 a 16% de todas as fraturas, estando justificada esta frequência pela posição superficial que se encontra e pela ação antagônica das grandes massas musculares que agem sobre ela.

O mecanismo de produção das fraturas de clavícula pode ser direto ou indireto; no tipo direto a fratura se produz no ponto onde agiu o traumatismo, enquanto que nas indiretas, que são as mais frequentes, a fratura é resultante de uma queda sobre o ombro, o cotovelo ou sobre a mão, que provoca, na clavícula, não só um movimento de flexão como também um movimento de torção.

O traço da fratura, que em geral é em espiral, pode estar localizado no corpo ou nas extremidades, proximal ou distal.

São bem mais frequentes as fraturas na união do terço médio com o terço externo, havendo um deslocamento típico do fragmento distal para baixo por ação do peso do braço e contração do músculo peitoral, enquanto o fragmento interno é elevado por ação do esterno-cleido-mastoideo.

O diagnóstico é feito com facilidade não só pela dor que o paciente acusa, como também pela posição do braço, pelas equimoses, pela deformação da região, pelos movimentos abolidos e principalmente pela chapa radiográfica.

As complicações nas fraturas da clavícula são em geral raras, apesar da situação subcutânea.

(\*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em sessão de 25 de agosto de 1952.

As fraturas expostas não são freqüentes. Muito raramente as fraturas da clavícula se acompanham de lesões dos grandes vasos, do plexo braquial, pleura ou pulmão. Não é comum a fratura cominutiva da clavícula e também não é freqüente a fratura da clavícula vir acompanhada da luxação de uma extremidade do osso ou de alguma lesão do ombro, enquanto que são mais comuns as lesões nervosas tardias resultantes do calo osseo deformado ou hipertrofiado.

O prognóstico, com relação à função, é em geral bom.

Muitos métodos foram propostos para a cura das fraturas da clavícula, podendo todos eles ser reunidos em 2 grupos: a) métodos conservadores; b) métodos cruentos.

Todos estes métodos procuram, como nas fraturas em geral, obter, com um mínimo de traumatismo, o melhor resultado funcional e estético.

Em geral os métodos conservadores procuram por intermédio de bandagens ou de aparelhos dos mais variados, reduzir e imobilizar o foco da fratura, bastando para isto puxar e manter para trás, para fora e para cima o ombro durante um tempo conveniente o que, muitas vezes, é difícil de conseguir em doentes de ambulatório.

Em grande número de pacientes a recuperação anatômica e funcional só é conseguida com os métodos cirúrgicos.

A redução por intermédio da osteosíntese endo-medular a céu aberto é bastante usada, enquanto outros serviços dão preferência à tração trans-esquelética de Felippi, que foi aplicada em mais de 50% de casos no Instituto Rizzoli no ano de 1950.

O uso das placas de prótese já está sendo abandonado e o emprêgo da osteosíntese com o fio de prata, aço inoxidável, cat-gut e nylon está tendo grande aceitação nestes últimos tempos.

No caso que iremos relatar foi usada a técnica da ressecção óssea preconizada por Eurico Branco Ribeiro em 1949.

#### Resumo da história clínica:

Trata-se de M. B., casada, com 45 anos, de cor branca, brasileira, de prendas domésticas, residente em Garças no Estado de São Paulo. No dia 26 de junho, de 1952, sofreu acidente de automóvel; batendo violentamente o ombro esquerdo e o braço.

Deu entrada no Hospital no dia 30 de junho de 1952, queixando-se de dor no ombro esquerdo, quando realizava movimentos com o braço e quando respirava fundo ou tossia acusava dores fortes no torax.

O exame radiológico revelou fratura da clavícula esquerda com cavalgamento dos fragmentos osseos; além da fratura da 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> costelas.

A operação realizamos no dia 2-7-52, com anestesia geral, ciclo-éter, administrada pela Dra. Elza Leontina Avieksis sendo assistente o Dr. Vasco Coelho.

Incisão ao longo da clavícula. Exposição dos fragmentos que foram descolados do periosteio. Retirada de uma pequena esquirola que se encontrava livre. Excisão com pinça goiva das extremidades osseas, sem deixar arestas cortantes, ficando as superfícies afastadas cerca de 3½ cms. Os tecidos moles foram aproximados com pontos de cat-gut. Sutura da pele com seda.

O braço esquerdo foi imobilizado em tipoia a custa de uma faixa, que foi retirada 3 dias após, revelando, nesta ocasião, o exame radiológico que os fragmentos se achavam em boa posição e apresentavam-se ligeiramente afastados.

A paciente teve alta 5 dias após a intervenção, executando movimentos com o braço esquerdo sem acusar dor.

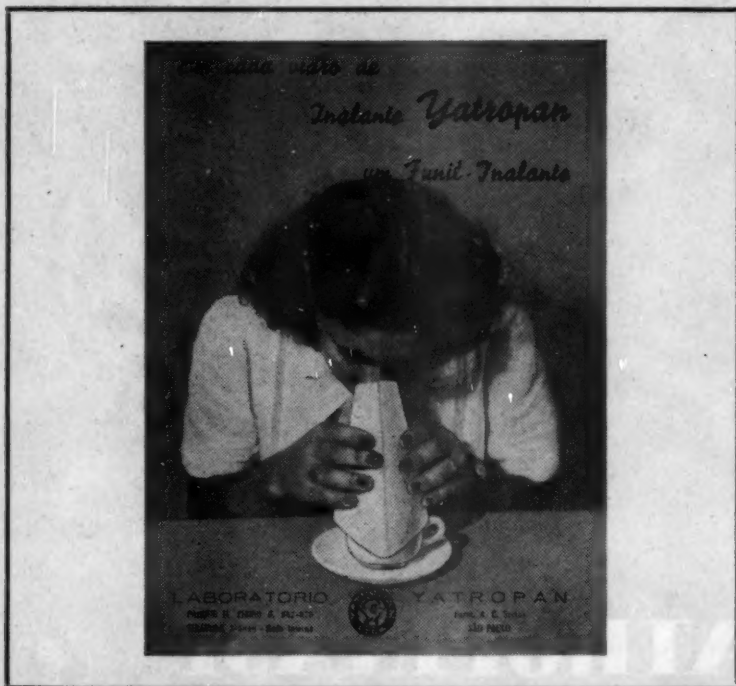
### CONCLUSÕES

O processo cruento de ressecção óssea para a cura das fraturas de clavícula apresenta um certo número de vantagens, motivo pelo qual devemos insistir neste método:

1) É uma intervenção de execução fácil que não necessita de aparelhagem especializada e que pode ser executada com anestesia local;

2) Não empregando material de osteosíntese, evita a intolerância do organismo que poderia ser causa de sofrimentos futuros;

3) A recuperação funcional é rápida, permitindo que o paciente volte em pouco tempo às suas atividades habituais, favorecida, ainda, por não necessitar de uma imobilização prolongada.





# ATROPINASE

ANTIESPASMÓDICO ANALGÉSICO-ANTIPIRÉTICO



## Tratamento cirúrgico das hérnias inguinais comuns

DR. GILSON MAURITY SANTOS  
e AC. DARIO MACHADO

Rio de Janeiro

O problema da terapêutica herniária é assunto que vem sendo debatido desde os primórdios da medicina. No século passado o advento da moderna cirurgia científica trouxe grandes adiantamentos.

O manuseio da literatura atual nos traz, ainda que com muitas contradições, uma imagem panorâmica pouco satisfatória no que se refere aos resultados operatórios. De um modo geral pode-se dizer que, com algumas exceções, a questão das hernias inguinais é encarada ainda hoje de maneira supérflua e sempre mal estudada.

No Serviço de Cirurgia do Hospital do Servidor da Prefeitura, onde trabalhamos, já há alguns anos se tem uma tendência para avaliar as consequências dos processos terapêuticos postos em prática. A orientação seguida — trazida ao Serviço pelo seu Chefe, Dr. Volta Batista Franco, discípulo da antiga Escola Cirúrgica do Hospital da Gambôa — é baseada no emprego universal da operação de Bassini. E' fato que, mais tarde, foi acrescentado um contingente de casos operados pelo processo de Forgue-Ferrari, e alguns outros.

A revisão de nossos casos foi ditada não apenas pelo que havíamos aprendido em leituras e estudos ou constatações no decorrer da experiência, mas sobretudo, pelo número razoável de doentes operados que voltavam com recidivas. Foi assim que como o estímulo de nosso Chefe e do Dr. Jório Salgado, Chefe de clínica do Serviço, encetamos o presente estudo decididos a realizar não só o balanço geral de nossa cirurgia herniária, mas completa-lo com observações anatômicas e sobretudo fisiopatológicas para poder terminar concluindo com um verdadeiro programa detalhado de utilização futura.

Aos primeiros passos da revisão observamos, que realmente tudo deveria ser debatido: desde a concepção anatômica da região



inguinal até as indicações dos diversos métodos cirúrgicos utilizáveis. Um trabalho que se destinava a simples estudos estatísticos foi sentindo necessidade de se espalhar, argumentando, discutindo especificamente, e acabou por tomar uma extensão inesperada.

E' por isso que decidimos separá-lo em dois artigos que tratam de problemas relacionados:

I — *Análise dos casos.*

II — *Bases e indicações dos processos terapêuticos.*

Neste primeiro trabalho trataremos de colher dados de nossa experiência de 6 anos com a cirurgia herniária para, comparando-os e ponderando-os, retirarmos o que tiverem de conclusivo.

### ANÁLISE DOS CASOS

De 1946 a 1951 foram operados 330 pacientes portadores de hernias inguinais num total de 352 intervenções, nas quais os processos operatórios de Bassini e Forgue-Ferrari foram empregados indistintamente em mais de 90% dos casos como se pode ver no Quadro I

QUADRO I

#### Processos operatórios utilizados

(1946 a 1951)

Operação	Número	Porcentagem
BASSINI.....	192	54,55%
FORGUE-FERRARI.....	129	36,65%
Mc VAY.....	17	4,87%
ANDREWS.....	7	1,96%
ZIMERMANN II.....	2	0,57%
Pregueamento do fascia.....	5	1,40%
Total.....	352	100,00%

Dos 330 pacientes operados procuramos rever o maior número que foi possível a fim de ter a idéia mais ampla sobre os resultados da terapêutica. Como esperávamos, alcançamos apenas cerca de 40% do total, tendo revisto e examinado 129 doentes.

O critério por nós adotado no reexame procurou atender os pontos que tivessem real importância, sendo que no exame do local operado procuramos com rigor considerar todos os tipos de fraqueza e recidivas. Assim, alinhámos a nossa revisão em três partes para efeito de facilidade na colheita de dados. Inicialmente



realizamos uma anamnese geral relativa à saúde do paciente, doenças intercorrentes e estado atual, agregando naturalmente exame sumário dos aparelhos e sistemas. Podemos adiantar que poucos pacientes eram portadores de outras enfermidades, sempre alheias às operações feitas e também incapazes de justificar os eventuais fracassos.

Em segundo lugar indagamos da sorte do paciente em relação a hernia: se notara o aparecimento de recidiva, nova hernia contralateral e outras queixas, como também do tratamento de que se utilizara nos casos de insucessos. Reputamos de valor ainda saber o tipo de ocupação encetado após a cirurgia e as condições de sua volta ao serviço.

Finalmente fizemos o estudo físico das regiões inguino-abdomino-crurais, procurando identificar clinicamente o tipo de recidiva, nas eventualidades.

Todos os casos de fraqueza parietal (índice da chamada recidiva direta) — estufamentos sem saco ultrapassando o anel inguinal superficial — foram considerados fracassos operatórios.

Dos 129 pacientes revistos 38 apresentaram recidivas o que equivale a 29,4%. Número suficientemente alto para justificar todo um estudo que interprete as causas das recidivas, a fim de ulterior correção. Nestes doentes foram praticadas 142 operações com 44 recidivas (30,8%); o que significa 13 hernioplastias bilaterais.

Um dos primeiros pontos relativos a recidiva herniária, ventilados em reuniões da equipe do Serviço de Cirurgia foi o da conveniência da operação bi-lateral. Os resultados obtidos nesta revisão, aumentando de 1,4% o total de fracassos, parecem falar contra a operação bi-lateral. Como também o fazem os números de recidivas das operações bi-laterais; em 13 curaram-se sete, recidivaram 5 bilateralmente e uma de um só lado; isto é, 46,1% de insucessos.

Porém, dois fatos consideramos importantes ressaltar. Em primeiro lugar, as recidivas das operações bi-laterais se constituíram em sua grande maioria de hernias de tipo direto acrescidas de pequeno contingente de hernias cuja modalidade não foi discriminada na ficha operatória. E como veremos adiante as hernias diretas foram as que, mesmo quando operadas unilateralmente, nos deram o maior número de recidivas.

Em segundo lugar há que ser considerado o problema do aparecimento de novas hernias no lado não operado. Num total de 116 pacientes de hernioplastias unilaterais, 17 fizeram novas hernias (14,6%). E mais, dos herniados contralaterais, 14 eram portadores de hernias obliquas externas ou indiscriminadas, na ocasião da operação.

De qualquer modo nos parece que a operação bi-lateral não chega a poder justificar nem mesmo as recidivas que se produzi-

ram quando dela se fez uso, para não se dizer dos casos em que a hernioplastia foi unilateral. Parece evidente que quando se trate de hernia bi-lateral indireta, sabidamente decorrente de defeito congênito (saco préformado), em geral com atingimento mais discreto das estruturas inguinais, pode e deve-se intervir em uma só sessão operatória. De outro lado, nas hernias diretas, si se utiliza os processos comuns de Forgue ou Bassini, a operação bi-lateral é perigosa e dá margem a grande número de insucessos.

Outros incidentes e acidentes pesaram no cômputo das recidivas. Assim foram intervidas hernias já recidivas em 7 ocasiões. A revisão demonstrou 3 fracassos (42,8%). Foram operadas 8 hernias estranguladas com 3 recidivas (37,5%). Também as complicações pós-operatórias (pulmonares 5, supurativas 5, ileo 1, infecção intestinal 1 e orquite 1) pesaram no lado dos insucessos. No entanto não teria valor a análise dos casos com a retirada daqueles em que os acidentes tiveram lugar ou as complicações sucederam. Havemos sempre, em qualquer investigação que se faça, de esbarrar com a cirurgia empregada à qual está ligada a recidiva e a própria complicação.

Quanto a idade, os números revelaram qualquer coisa de definitivo. A revisão mostrou 100% de curas nos 19 casos operados com menos de 20 anos de idade. O mínimo atingido foi nos 9 pacientes do grupo de mais de 60 anos que curou em apenas 55,6% dos casos. Seguiu-se o grupo de 50 anos a 60 de idade que ofereceu 61,6% de bons resultados. No entanto os indivíduos de 20 a 30 anos apresentaram piores índices do que os grupos de 30 a 40 e de 40 a 50 anos, isto é, 63% em relação a 69,6 e 69,7% respectivamente. No quadro II vêm-se os números e percentagens das recidivas em detalhe, relacionadas à idade dos operados.

Fatores como o sexo, tempo de doença, e outras operações praticadas por ocasião da hernioplastia (apendicectomias, exereses de cistos de cordão, etc.) não demonstraram influência específica sobre as curas e recidivas das hernias, pelo que, deixamos de fazer mais considerações.

QUADRO II  
Recidivas em relação à idade

<i>I d a d e</i>	<i>Número</i>	<i>Curados</i>	<i>Recidivas</i>	<i>Percentagem</i>
Até 10.....	4	4	0	0%
10 - 20.....	15	15	0	0%
20 - 30.....	27	17	10	37%
30 - 40.....	33	22	10	30,3%
40 - 50.....	23	16	7	30,4%
50 - 60.....	18	11	7	38,4%
Mais 60.....	9	5	4	44,4%

O primeiro dado que se revelou de influência na questão da recidiva herniária foi o referente a variedade da hernia. Cabe aqui uma explicação necessária. Das 142 hérnias tratadas constou discriminadamente nas fichas compulsadas, 22 de tipo direto e 55 de tipo oblíquo externo ou indireto. Em 65 oportunidades o diagnóstico estava apenas referido à região: hernia inguinal. Esta falha importante, longe de nos desencorajar, estimulou-se, pois que a orientação que dita um ou dois tipos de operação como terapêutica universal das hernias inguinais, como a nossa, dispensa naturalmente o diagnóstico de detalhe. Muitos colegas de nossa equipe deixaram de discriminar o tipo de hernia por convicção de desimportância. O que é o primeiro erro que precisamos ressaltar no decorrer do presente trabalho.

Como se observa no Quadro III, as recidivas alcançaram 58,2% e 20% em hernias diretas e oblíquas externas respectivamente; ficando a taxa de 30,7% de fracassos para as indiscriminadas. O que leva a crer que neste último grupo devem estar incluídas hérnias dos dois tipos anteriores.

## QUADRO III

## Recidivas nos diversos tipos de hérnia

<i>Tipo</i>	<i>Números</i>	<i>Recidivas</i>	<i>Porcentagem</i>
H. direta.....	22	13	58,2%]
H. Oblíqua ext.....	55	11	20,0%
H. Indiscrim.....	65	20	30,7%

As hérnias da variedade direta recidivando mais é fato classicamente reconhecido na literatura, com a evidente explicação do defeito constitucional da musculatura larga que não alcança, em suas inserções distais o perióstio pubiano, antes perdendo-se na bainha do músculo reto abdominal; dando aso deste modo, às recidivas, sobretudo quando se utiliza fibras vermelhas na reconstrução operatória. Este problema debateremos melhor noutro trabalho.

Passemos então, a considerar o que nos pareceu essencial para o entendimento e justificação dos fracassos que se deram em nossos casos: o processo cirúrgico empregado.

Os métodos operatórios utilizados no Serviço foram os de Bassini, Forgue-Ferrari, operação do ligamento de Cooper (dita de

Mc Vay), Andrews, Zimmerman II e pregueamento de fascia transversalis acrescido de reconstrução parietal a Bassini.

Como saberemos, não se indicou o tipo cirúrgico de acordo com a modalidade de hernia ou volume da mesma. A escolha não foi sistematizada e sim entregue à simpatia dos diversos cirurgiões que operaram os casos. Das 142 operações 133 foram realizadas segundo os processos de Bassini e Forgue-Ferrari; o que leva o presente estudo, praticamente, a uma análise destes tipos de operação.

#### QUADRO IV

##### Recidivas segundo o processo cirúrgico

<i>Processo</i>	<i>Números</i>	<i>Recidivas</i>	<i>Porcentagem</i>
Op. de Bassini.....	83	30	36,4%
Op. de Forgue-Ferrari.....	48	11	23,0%
Op. do Lig. de Cooper.....	6	1	16,6%
Op. de Andrews.....	2	1	—
Op. de Bassini com pregueamento de fascia.....	2	1	—
Op. de Zimmerman II.....	1	0	—

E' necessário que, precedentemente, expliquemos o que foi chamado de operação de Bassini, do ligamento de Cooper, etc. já que existem várias modificações de execução dos processos originalmente descritos.

As operações de Zimmerman, Andrews e Forgue-Ferrari foram praticadas como se as conhece dos tratados ou artigos de seus idealizadores. Porém a operação de Bassini constou se, apre da sutura do chamado "tendão conjunto", na sua parte muscular, à arcada crural. Como sabemos, não é esta a descrição original do processo de Eduardo Bassini. O professor italiano usava o que chamou "camada triplíce" (músculos pequeno oblíquo e transverso e mais o fascia verticalis Cooperi — evidentemente o ligamento de Henle do canal) para unir à arcada. Isso dá feição diversa ao procedimento.

As intervenções classificadas sob o nome de operação do ligamento de Cooper, chegaram até nós pelos trabalhos de Anson e Mc Vay, embora nada mais sejam do que modificação inteligente da antiga operação de Lotheissen para hernias crurais. Ainda aqui há algumas distinções a fazer entre o técnica proposta por Mc Vay e a por nós empregada. Aquela procura o bordo aponeurótico do músculo transverso aderente ao fascia transversalis para

suturar ao ligamento de Cooper, previamente preparado; enquanto que em nossos casos foi utilizado o "tendão conjunto" (fibras musculares) ou, por engano feliz, a própria bainha do reto tomada como aponeurose de inserção para descer ao ligamento pubiano. Nosso colega Dr. Hélio Maurício, cirurgião da equipe, nos casos em que empregou a operação do ligamento de Cooper, houve por bém introduzir algumas modificações, com as quais não concordamos como processo hernioplástico. Faz êle chuleio ao invés de pontos separados entre os elementos; em seguida, com o mesmo fio de sutura — sempre inabsorvível — realiza novo chuleio unindo o bordo interno da aponeurose do grande oblíquo à arcada crural. Crêmos que o chuleio com sêda ou algodão é muito isquemiente e perigoso portanto; além disso, estas suturas quasi que em massa de tantos elementos (Cooper, arcada, músculos e aponeurose) trazem menos vantagens de aproximação de planos do que prejuízo para a estática e dinâmica da região em período post-operatório.

Pois bém, com tais procedimentos obtivemos 36,4%, 23%, e 16,6% de recidivas para, respectivamente, as operações de Bassini, Forgue-Ferrari e Op. do lig. de Cooper, como se vê no quadro IV.

A recidiva encontrada no caso em que se associou ao processo de Bassini um pregueamento de fascia transversalis, foi uma hérnia direta com grande displasia parietal, o que, sem justificar, explica e demonstra.

A operação de Andrews, que foi utilizada duas vezes nos casos revistos, apresentou uma recidiva. Esta constou de uma hernia direta várias vezes recidivas onde a alteração dos planos era tal que a operação foi considerada de Andrews quasi que simbolicamente. E' provavel que a utilização do ligamento de Cooper e da bainha do reto desdobrada, dêse melhor resultado neste paciente.

A única operação de Zimmerman, foi realizada em hernia oblíqua externa onde se duvidou da resistência do fascia transversalis — enfraquecido pelo volume do saco herniário grande — e se preferiu reforçar com aponeurose a parede posterior do canal inguinal.

A exceção das operações de tipo Andrews, Mc Vay e Zimmerman e um ou dois Bassinis realizados em 1951, quando se utilizou fio de sêda, as suturas foram feitas com catgut cromado como era de rotina estabelecida.

Os dados obtidos oferecem gritante argumento contra os tipos operatórios mais comumente empregados por nós. Os processos de Bassini e Forgue-Ferrari se demonstraram insuficientes para a terapêutica das hernias inguinais.

Aprofundando um pouco a análise vejamos o que nos fornece o estudo da relação entre o tipo de hernia e o método cirúrgico usado.



Com o que se sabe hoje sobre anatomia inguinal, etiologia e patologia herniária, a hérnia de tipo direto é a dá percentagem de recidiva mais alta quando se a tenta curar com os processos que mais utilizamos. Tal verdade foi constatada em nossa estatística.

E' curioso que a operação de Forgue-Ferrari — com algumas desvantagens teóricas em relação ao Bassini — tenha sempre dado resultados melhores do que a operação do mestre italiano; chegando, nas hérnias do tipo oblíquo externo, a fornecer o satisfatório índice de 6,2% de recidivas. No entanto, nas hernias de tipo indiscriminado foi insuficiente e ligeiramente inferior a operação de Bassini nos resultados (33,3% de recidivas para o Forgue-Ferrari e 30,3% para o Bassini). Nas hérnias diretas a operação de Forgue-Ferrari ofereceu 20% de fracassos.

A operação de Bassini, por outro lado, com 70,6% e 27,5% de recidivas em hérnias diretas e oblíquas externas apresentou um resultado geral sombrio e desanimador como método terapêutico.

A explicação mais razoável que encontramos para este índice inferior do processo de Bassini em relação ao prefunicular é a seguinte: o método italiano tenta manter a obliquidade do canal fazendo permanecer 2 orifícios inguiniais ao interpor músculo entre o cordão e o fascia transversalis. Ao nosso vêr tal desiderato não é frequentemente conseguido, pois que a entrada em atividade da musculatura faz com que ela se desprenda ou se rompa ao nível das suturas superiores, deixando então alargado o anel profundo. Com o método prefunicular de Ferrari tal não se dá, pois convertendo os dois orifícios em um só, de séde inferior onde os tecidos estão menos lesados, ela obtura melhor o alargamento do anel profundo (principal lesão do canal nas hernias indiretas) além de diminuir a tensão das suturas quando não interpõe o cordão nos planos de reconstituição. E como nas hernias oblíquas externas o fascia transversalis está em geral, mais ou menos poupado, a recidiva têm menor possibilidade de se estabelecer.

Os números obtidos com o Forgue-Ferrari nas recidivas das hernias diretas parecem confirmar a exérese, pois nesta modalidade de hérnia o processo falhou muito, porque o defeito muscular existente, junto às aplasias, facultam o fracasso como no Bassini.

Os resultados colhidos na revisão estão expostos em detalhe no Quadro V.

Um outro aspecto que seria interessante considerarmos é o que diz respeito ao tipo de recidiva. Atualmente reconhecer três tipos de fracassos cirúrgicos das hernioplastias: recidiva direta, recidiva indireta e recidiva crural. Cada qual com seus caracteres e seu modo de formação.

Com os processos cirúrgicos de uso corrente há possibilidade de se fazerem tais distinções, pois, no caso de uma hérnia direta



## QUADRO V

## Relação dos tipos de hérnias e processos operatórios

	Bassini	Forgue Ferrari	Op. Lig Cooper	Andrews	Zim.	Preg. Fascia
H. Obl. Ext.:						
números...	37	16	—	1	1	—
recidivas...	10	1	—	0	0	—
porcentagem	27,5%	6,2%	—	—	—	—
H. diretas:						
números...	13	5	1	1	—	2
recidivas...	10	1	0	0	—	1
porcentagem	70,6%	20%	—	—	—	—
H. indiscrim.:						
números...	33	27	5	—	—	—
recidivas...	10	9	1	—	—	—
porcentagem	30,3%	33,3%	20%	—	—	—

o fracasso operatório pode ser devido à rutura das fibras musculares — usadas como parede posterior — fazendo-se a recidiva pelo mesmo lugar da hernia intervida. Mas também, pode acontecer de se fazer novo saco que sai pelo anel crural quando este está alargado em consequência a tração e tensão de suturas sobre a arcada crural com esgarçamento do fascia transversalis, como sucedeu em nosso caso 207.

Do mesmo modo, no tratamento das hérnias oblíquas externas, o aproveitamento da musculatura na reconstrução pode resultar em secção desta e suceder uma nova hernia de tipo direto onde havia apenas um saco intraespermático. Tal incidente não é uma recidiva verdadeira, mas nova doença na mesma região, causada por operação inadequada: Infelizmente não podemos dar, nesses nossos casos, uma impressão numérica apreciável dos diversos tipos de recidiva, pois, para isso, seria preciso que tivéssemos operado muitos doentes revistos, o que não se deu. Quando clinicamente pudemos diagnosticar assim o fizemos.

Nas 13 hérnias diretas recidivadas da presente casuística, 12 foram de tipo direto e em 1 caso houve recidiva chamada crural.

Nas 11 hérnias oblíquas externas 4 tiveram recidiva direta (novas hérnias) e 7 não puderam ser clinicamente identificadas.

Das 20 hérnias indiscriminadas que recidivaram, em 8 o tipo direto de fracasso operatório, foi encontrado. Os números são vistos no quadro VI.

## QUADRO VI

## Tipos de recidiva

<i>T i p o s</i>	<i>H. direta</i>	<i>H. obl. ext.</i>	<i>H. indiscrim.</i>
R. direta.....	12	4	8
R. indefin.....	—	7	12
R. crural.....	1	0	0

A que conclusões nos podem levar tais dados?

O simples fato de uma terapêutica, sobretudo cirúrgica, resultar ineficaz ou poucas vezes eficiente é motivo para crítica, revisão e modificação desta terapêutica. E' o caso dos nossos 30% de recidivas em geral. Mas si, além disso, constatarmos que num contingente, a operação causou nova doença, nossa atitude deve ser mais drástica e o pretenso processo de cura absolutamente condenado. E' o caso dos números apresentados por último. Portadores de hérnia intraespermáticas apresentaram, após hernioplastias à Bassini ou Forgue-Ferrari, hernias diretas, causadas manifestamente por suturas dos músculos empregados na operação e alterações consequentes no fascia transversalis. Em pelo menos 4 casos, de nossas 44 recidivas houve certeza deste fenómeno, fora os 8 em que o tipo de hérnia operado foi indiscriminado. O que constitui em grave anatema aos processos cirúrgicos empregados.

Resta-nos finalmente a demonstração dos resultados obtidos em relação ao tempo de recidiva e a questão da volta ao ofício dos operados.

Quanto ao tempo de recidiva nos doentes intervidos em 1946, num total de 17 tivemos 5 recidivas ou 30%; em 1947 dos 11 recidivaram 4 ou 35%; em 1948 de 21, 5 fracassaram ou 25%; em 1949 dos 27, 12 recidivaram ou 45%; em 1950 dos 17, apenas 3 ou 17,5% e em 1951 dos 36 operados recidivaram 9, numa percentagem de 25%.

Não há pois uma relação direta que nos insinue a crer que daqui por diante, neste grupo estudado, novas recidivas venham a se suceder, parecendo que os resultados constatados têm um carater mais ou menos definitivo. De resto a grande maioria das recidivas se fez no primeiro ano: de 6 a 11 meses de operação sendo a que se deu mais cedo fez-se no post operatório imediato e a mais tardia com 4 anos de intervenção.

Quanto a questão da volta ao serviço, muito havíamos esperado para justificar a nossa alta percentagem de fracassos. Num país semi-colonial como o nosso, no qual pouco respeito se têm pela saúde e pela vida das grandes massas populares, o servidor

da Prefeitura do D. F. não poderia fugir a regra de sofrimento e descanso do resto do povo. Muitos de nossos pacientes voltaram a serviço pesado, com menos de 90 dias de operação, sem qualquer proteção ou consideração com sua recente doença. Infelizmente nenhuma rotina de readaptação existe para que se possa conduzir um regime terapêutico até suas últimas consequências.

Assim mesmo, o que observávamos foi realmente espantoso. Os números do Quadro VII nos revelam os detalhes. Dos 129 doentes revistos, 108 voltaram aos ofícios correspondentes, 15 estiveram periodicamente licenciados ou definitivamente aposentados e 6 não informaram. Pois bem, dos 108, 48 reencetaram serviço considerado pesado (limpeza urbana, pedreiro, carroceiro, etc.), 31 voltaram a ocupação com trabalho que demandava esforço regular (vigilante, fiscal, pintor, etc.) e 29 trabalharam em ocupações de pouca exigência (escriturário, vigia, etc.).

E nas recidivas foram: para o grupo de trabalho pesado 29,1%; para os de regular 16,1%; ligeiro 34,5%; e para os que ficaram em repouso ou licenciados 46,6%!

#### QUADRO VII

Resultados das recidivas com relação ao tipo de trabalho reencetado

Tipo de trabalho	Número de operados	Curados	Recidivas	Porcentagem
Grande esforço.....	48	34	14	29,1%
Esforço regular.....	31	26	5	16,1%
Pouco esforço.....	29	19	10	34,5%
Aposentados ou licenciados.....	15	8	7	46,6%
Ignorado.....	6	4	2	33,3%

Tais dados, embora parecendo absurdos, apenas vêm argumentar em torno da não influência direta ou proporcional, do reencetamento do trabalho, sobre as recidivas herniárias. Como conclusão, ainda que sejamos de opinião intransigente sobre o programa de convalescença do herniário operado, temos de reconhecer pelo raciocínio estatístico, a não atuação decisiva do fator volta ao serviço sobre os insucessos que tivemos.

#### SUMARIO E CONCLUSÕES

I — A percentagem de 30,8% de recidivas é um índice muito alto para as hernioplastias inguinais e os métodos de tratamento necessitam ser revistos a fim de melhorar os resultados.

II — As complicações das hernias inguinais comuns, como sejam as já recidivadas, estranguladas, etc. embora tenham pesado no cômputo das recidivas,

não o fizeram de modo a muito alterar os resultados gerais. Elas sózinhas, como complicações, não explicam o grande número de fracassos obtidos em nossos casos.

III — Com a realização da operação bilateral aconteceu fato semelhante. À luz da análise mais detalhada é permitido concluir que as hérnias diretas operadas bi-lateralmente pelos processos que mais comumente utilizamos (Bassini e Forgue-Ferrari) recidivam em grande número. De outro lado as novas hérnias aparecidas contralateralmente às operações unilaterais observam-se mais freqüentemente nos casos em que se intervém para curar hérnias indiretas. O que reforça a noção etiológica do saco pré-formado, via de regra bi-lateral, nas hérnias de tipo oblíquo externo.

IV — As hérnias diretas alcançaram em recidivas o número formidável de 58,2%, em contraste com os 20% das hérnias oblíquas externas.

V — Em grande contingente notou-se, nas fichas compulsadas, desintere-se por parte do cirurgião, no que se refere à especificação do tipo herniário (65 casos em 142 operações). E isto é unicamente explicado pela desimportância que assume um diagnóstico específico quando se usa, como rotina, um tipo universal de operação.

Neste contingente de hérnias indiscriminadas as recidivas alcançaram a 30,7%, o que deve revelar ser este grupo constituído por uma combinação dos dois tipos conhecidos.

VI — O principal fator responsável pelo grande número de insucessos cirúrgicos, conforme se deduz do presente estudo, foi o processo cirúrgico empregado. As operações chamadas de Bassini e Forgue-Ferrari, como as perfizemos se revelaram incapazes de fornecer os resultados esperados.

A operação de Bassini recidivou em 36,4% dos casos sendo que nas hérnias diretas alcançou a fabulosa percentagem de 70,6% de fracassos, ficando 20% e 30,3% para os insucessos nas hérnias indiretas e indiscriminadas, respectivamente.

A operação de Forgue-Ferrari acusou resultados um pouco melhores mas ainda longe serem satisfatórios, exceto quando se tratou de hérnias oblíquas externas nas quais deu apenas 6,2% de recidivas. Nos outros tipos demonstrou 20% e 33,3% para hérnias diretas e indiscriminadas respectivamente.

A operação do ligamento de Cooper foi a que melhor índice obteve (16,6% de recidivas), embora o seu pequeno contingente não permita maiores considerações, assim, como os demais processos de que se lançou mão.

VII — Fatores como a volta precóce ao serviço, sobretudo pesado, sem readaptação prévia, não alteraram as condições de recidiva — tendo inclusive revelado à análise uma taxa de 15% a menos, em recidivas no grupo que reencetou trabalho ativo e considerado pesado.

Com tais conclusões nos parece que fica patente a necessidade de um estudo anatómico, fisiopatológico e cirúrgico que seja capaz e oferecer novos rumos para a terapêutica das hérnias inguinais comuns. Isto tentaremos fazer em trabalho que se seguirá a este.

● Solução concentrada de glicofosfatos "cerebrais": de sódio, de potássio e de magnésio.

● Lava as matérias minerais específicas indispensáveis à reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa.

**NÃO CONTEM ESTRICNINA  
NEM ARSÊNICO**

**ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-  
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



**Nevrosthénine  
Freyssinge**

Gotos

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

*A primeira penicilina de origem  
francêsa existente no mercado  
brasileiro*

# **SCUROCILLINE "4"**

## **REFORÇADA**

**Penicilina G-Procaína e Penicilina G Sódica**

**Produto da**  
**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
**SPÉCIA**

**Caixa contendo:**

**1 frasco com 100.000 unidades de Penicilina G Sódica**  
**e 300.000 unidades de Penicilina G-Procaína**  
**1 ampola de 2 cm<sup>3</sup> de diluente aquoso**

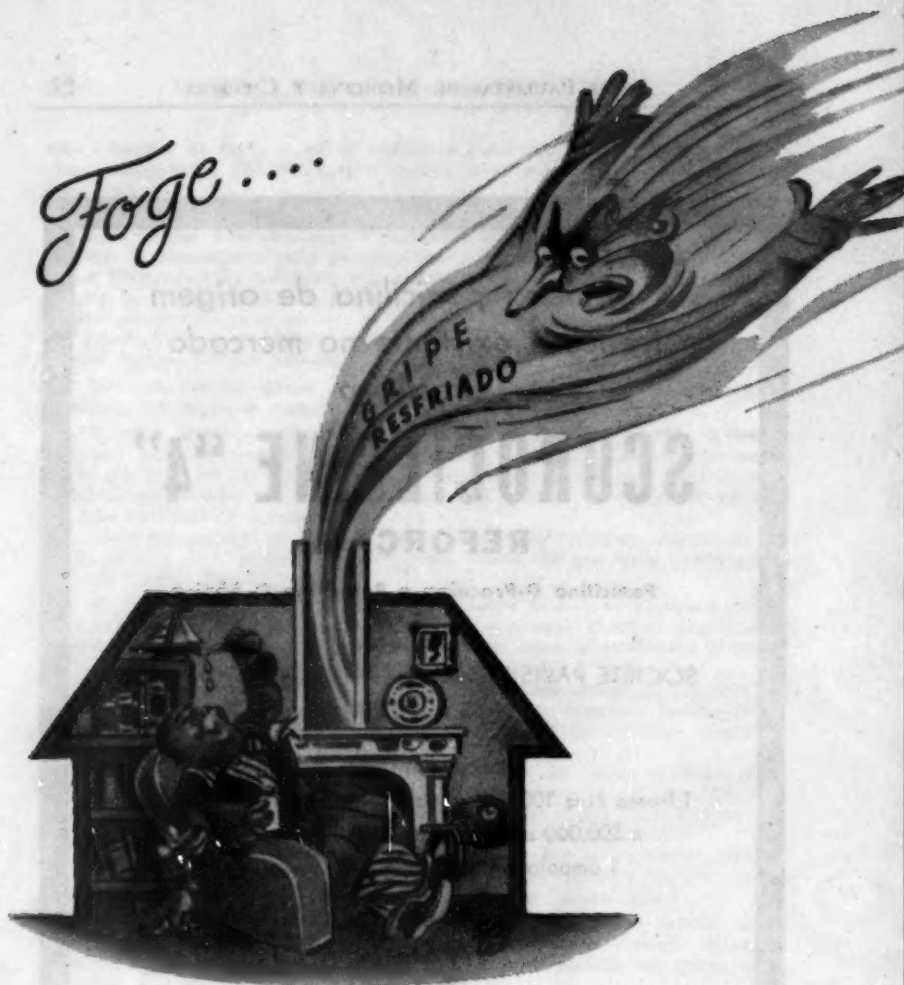


*A marca de confiança.*

**COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA**  
**CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P**



*Foge....*



# PERTIRAN

FILIAIS:  
RIO DE JANEIRO  
PORTO ALEGRE  
BELO HORIZONTE  
RECIFE-SALVADOR  
CURITIBA

Ind. Farm. Endochimica S. A.  
S. F. E. P. INSCRIÇÃO 159

MATRIZ:  
Avenida Sto. Amaro, 1239 - S. Paulo

END. TELEGRÁFICO  
"ENDOCHIMICA"  
TELEFONE 8-2138  
CAIXA POSTAL 7230



## Tumor viloso do réto (\*)

(A propósito de um caso)

DRS. ADALBERTO LEITE FERRAZ e

CASSIO PORTUGAL GOMES

*Cirurgiões adjuntos da Santa Casa. (Serviço do Dr. Zeferino do Amaral).*

FELOWS

do Colégio Internacional de Cirurgiões.

O número reduzido de publicações a respeito principalmente na literatura nacional, a relativa raridade dos chamados tumores vilosos do reto, e sobretudo a extraordinária preferência sinão mesmo a inevitável degeneração dos mesmos foram os motivos que nos levaram a trazer a este Congresso um caso recente da nossa clínica particular.

Sob o ponto de vista histológico são os tumores vilosos, considerados benignos, e é assim que vamos encontrar na classificação de Yeomans adotada por Casco y Muñoz, em cujo trabalho fomos buscar o que transcrevemos:

### TUMORES BENIGNOS DO RETO

1) TUMORES DE TEGIDO EPITELIAL	a) Papilomas	{ Escamoso . . . . . { Celular . . . . .	{ Papilo fibroma { Hipertrofia papilaranal { Condiloma acumulado
	b) Adenomas	{ Simples . . . . . { a/minado . . . . . { Endometrioma	{ Linfadenoma { Poliposis múltiplos
	c) Angiomas	{ Hemangiomas { Linfangiomas	
2) TUMORES DE TEGIDO CONECTIVO.	{ Fibroma { Mioma { Lipoma		

(\*) Trabalho apresentado ao II Congresso Brasileiro de Proctologia, realizado em Ribeirão Preto nos dias 12, 13 e 14 de dezembro de 1932 e na Sociedade Médica São Lucas em sessão realizada em 15 de junho de 1933.

Vejamos apenas a descrição do papilo fibroma ou papiloma colunar mais conhecidos por tumores vilosos devido o seu aspecto macroscópico.

Conquanto benignos sob o ponto de vista puramente histológico, são temíveis pelo seu aspecto evolutivo dada a grande frequência com que se degeneram.

Quenú e Landel citados por Alfred Beusaude consideram o tumor viloso como uma entidade antomo-clínica particular: — classificando como benigno sob o ponto de vista puramente histológico mas não sendo assim quando se considera seu aspecto evolutivo em duas fases sucessivas de benignidade e depois de malignidade.

O que parece fora de dúvida, e que encarece sobremaneira o seu estudo e o seu diagnóstico precoce, é a sua freqüente degeneração com o que estão de acordo todos os autores.

Gabriel em uma série de 980 estirpação do reto, (de 1932 a 1952), cujas peças foram examinadas no Departamento de Patologia do Hospital São Marcos, só não encontrou foco de degeneração maligna em 11 casos de tumores vilosos. Por outro lado 98 casos de carcinoma encontrados naquelas 980 peças parece terem se desenvolvido em um tumor viloso pre-existente.

**Incidência.** — Seu início se dá na infância, mas suas primeiras manifestações só se evidenciam na idade adulta com o crescimento do tumor. Raras vezes se tem encontrado em indivíduos com menos de 40 anos. Como dissemos no início, sua frequência não é grande, embora nem sempre seja possível determiná-la com segurança, pois muitos carcinomas não passam de tumores vilosos degenerados, e é nisto que reside a importância do seu diagnóstico precoce, como valioso subsidio à profilaxia do carcinoma do reto.

**Sintomatologia, considerações anatomo-clínicas e diagnóstico.** — Os primeiros sintomas são os de todos os tumores retais ou anais: sensação de peso no reto, dor, tenesmo e sensação de que o ato de evacuar fôra incompleto.

Além disso há eliminação de uma substância mucilaginosa semelhante a clara de ovo, e que costuma ser abundante provocando uma pseudo diarreia.

O doente tem necessidade de evacuar seu intestino varias vezes ao dia e mesmo à noite é obrigado a levantar-se para o mesmo fim. Nem sempre há evacuação sanguinolenta e o doente não costuma perder peso.

Ao toque, quando conseguimos alcançar percebemos uma substância mole, pegajosa que foge do dedo, dando a impressão de massa vegetante de contornos pouco nítidos, irregulares, às vezes pediculada outras vezes sessil mas que não adere à mucosa, isto é desgarra-se com facilidade. São tumores moles não palpáveis com precisão, o que explica muitas vezes a demora em se estabelecer causa da pseudo diarreia, é a descarga de muco pelo reto.

O exame reto sigmoidoscópico nos põe em contacto com um tumor recoberto por uma substância muculaginosa, ligeiramente opaca ou pardacenta que parece ser eliminada pelas vilosidades que existem na neoplasia. Outras vezes o tumor aparece palido como a mucosa circundante o que requer cuidadosa inspeção para identificá-lo.

Também a determinação exata da extensão do tumor nem sempre se faz com facilidade, pois enquanto a parte central se apresenta proeminente e palpavel a parte periférica ou circundante é muitas vezes lisa mole impalpavel e quasi impossivel de distinguir.

Muitas vezes só depois de retirada e aberta a peça é que se vae ter noção exata da extensão e das proporções do tumor.

**Biópsia.** — Pelo que vimos acima a colheita de material para exame deve ser cuidadosa e feita em varios pontos do tumor a fim de haver mais probabilidade em se surpreender a degeneração.

Mesmo que o exame histo-patológico não evidencie degeneração, o proctologista deverá considerar também a história, os dados clínicos e a evolução do tumor e proceder a terapêutica cirúrgica radical, única que pode dar maior margem de segurança quanto as recidivas que como já vimos é igual a degeneração maligna.

**Tratamento.** — Dada a rápida recidiva o emprego do radium e da radio terapia parece abandonado.

O tratamento conservador pela extirpação do tumor através das vias naturais ou pela eletrocoagulação só é usado em casos restritos porque como vimos não é facil pelo exame retosigmoidoscópico determinar com exatidão a extensão da neoplasia e muito menos excluir a possibilidade de existência de tumores multiplos em niveis diversos. Há ainda o fato de a biópsia não ter surpreendido uma zona de degeneração.

O único tratamento, portanto, que pode oferecer maior margem de segurança é a terapêutica cirúrgica radical, isto é, extirpação do tumor juntamente com uma zona normal da mucosa circundante de 6 a 13 mms.

#### **Resumo da observação :**

Consulta a 29 de outubro de 1952.

S. M., Alemã 43 anos, casada e residente no Brasil desde os 10 anos de idade.

**Queixa** — evacuações muco sanguinolentas há 1 mês H. P. M. A.. Há 6 meses diarréia "sic", isto é, misturadas a uma substância que a doente expontaneamente compara a clara de ovo, porém, sem sangue. Não refere colicas e nem tenesmo, apenas sensação de mal estar no reto, que parece pesado. Só há um mês a esta parte começou evacuar sangue. Antecedentes pessoas e familiares

sem importância para o caso. Exame físico geral também nada apresenta de anormal. Exame de fezes a 29 de outubro: fezes com sangue e muco. Não há protozooses ou ovos de parasitos.

*Exame proctológico* — Pelo toque percebe-se massa tumoral de aspecto galatinoso, mole, do canal ano-retal, desfazendo-se à pressão. A massa tumoral foge ao contacto do dedo.

*Exame reto-sigmoidoscópico* — Tumor recoberto por substância mucilaginosa, havendo necessidade da remoção da mesma para se ter melhor impressão da superfície. Então verifica-se que se trata de um tumor com uma extensão de cerca de 5 a 7 cms., atingindo quasi toda superfície do canal ano-retal atingindo até a âmpola retal. Percebem-se que toda extensão é recoberta por vilosidades donde a provém suspeita de um tumor viloso. Apenas, nessa ocasião foi colhido material em varios pontos da zona doente, cujo resultado anatomo-patológico foi o seguinte:

*Exame macroscópico:* vários fragmentos de tecidos medindo o maior 2 x 1 x 0,5 cm. A maioria desses fragmentos apresenta a superfície de aspecto viloso.

*Exame microscópico* — histologicamente trata-se de uma neoplasia constituída por hastes papilares revestidas por um epitélio cilíndrico em muitos pontos com caracter de celulas mucosas. A conjuntiva apresenta um infiltrado inflamatório parvi-celular; não existe infiltração de celulas neoplasicas na mesma.

Dr. A. M. Cardoso Almeida

#### Diagnóstico — PAPILOMA

Fimado o diagnóstico de tumor viloso, decidiu-se pela operação radical, abaixamento protosigmoidiano intra-esfincteriana Babcock, Bacon.

Resumo da operação a 9 de dezembro de 1952:

Operadores Drs. Adalberto Leite Ferraz, Cassio Portugal Gomes e Orlando Fóz.

Anestesia Geral — Dr. Jarbas C. Alves. Posição ginecológica da doente a fim de facilitar a realização simultânea dos dois tempos operatórios (via abdominal e via perineal): Incisão mediana infra umbelical com preparação da alça colica a ser abaixa. Isolada a alça, passa-se a trabalhar simultâneamente nos dois campos. Pela perineal procede-se ai o descolamento da mucosa anal, com conservação do aparelho esfincteriano, enquanto o operador do campo perineal realisa a tração e o cirurgião do campo abdominal conduz a alça adrede preparada, evitando maiores trações, assim como, qualquer desvio da posição ideal.

Terminada a atração é fechado o abdome após peritonização, enquanto a alça abaixada e fixada no rebordo anal, depois de



Fotografia da peça — Vê-se o tumor que atinge todo o canal ano-retal. Acima, parte da mucosa não atingida pelo tumor.

seccionada a parte que contém o tumor, é conservada uma zona de segurança.

Retirada dos pontos perineais após 10 dias, e remoção do excesso de mucosa.

Alta curada no dia 23 de dezembro de 1952.

Resultado imediato, bom.

*Exame histo-patológico da peça* — exame microscópico — na superfície da mucosa nota-se um intenso processo proliferativo, constituído por numerosíssimas formações papilares longas, delgadas, simples ou frequentemente arborescentes e anastomosada entre si. Estas hastes papilares são revestidas por um epitélio cilíndrico alto, bem formado e pseudoestratificado. Os elementos celulares desse epitélio são constituídos por células cilíndricas de revestimento, as quais se associam em grau variável células secretoras mucosas.



As células basais apresentam limite nítido com o estroma conjuntivo da haste, não se notando nenhuma tendência a atitude infiltrativa. O eixo conjuntivo da haste papilar é constituída por um tecido fibroso escasso, contendo numerosos capilares e um infiltrado abundante constituído por linfo e plasmócitos. Na base de implantação das alças capilares, na parede intestinal falta também qualquer atitude infiltrativa.

*Diagnóstico — PAILOMA MOLE (TUMOR VILOSO).*

## RESUMO

Os autores iniciam o seu trabalho chamando a atenção para a escassa publicação a respeito, não só na literatura em geral, mas principalmente na literatura nacional.

Acentuam a seguir a extraordinária frequência com que tais tumores degeneram. Esses os motivos que levaram os A.A. a trazer a esse Congresso um caso recente de sua clínica particular. Citam a classificação de Yomans de tumores vilosos.

Considerados por Quenú e Landel tumores benignos sob o ponto de vista puramente histológicos, mas malignos para sua evolução. Transcrevem uma estatística de Gabriel, no Hospital São Marcos de Londres que em uma série de 980 extirpação do reto (de 1932 a 1952) só não encontram foco de degeneração maligna em 11 casos de tumores Vilosos.

Os sintomas são os de todos os tumores retais: Sensação de peso no anus, falsa diarreia pela eliminação de mucosidade que às vezes sai com sangue.

O toque percebe um substância mole, pegajosa que foge ao dedo, pelo exame reto sigmoidoscópico verifica-se um tumor recoberto por substância mucilaginosa que parece ser eliminada pelas vilosidades do tumor.

A terapêutica deve ser sempre a cirúrgica — ampla única capaz de dar uma margem maior de segurança.

O Dr. Gabriel, de Londres, usa sistematicamente a amputação abdomino perineal com anus abdominal definitivo.

No nosso caso foi feito o abaixamento de colo sigmóide com conservação do aparelho esfinteriano, isto é, a operação de Babcock-Bacon.

## SYNOPSIS

The authors begin by pointing out the small numbers of publications on the subject, not only in the international literature but specially in Brazilian literature.

They proceed putting in evidence the large number of cases in which such tumors turn malignant. These are the motives that brought the A.A. to this Congress, presenting a private case.

They mention Yoman's classification of benignous tumors, among which vilous tumors are put.

QUENÚ and LANDEL consider them benignous only under a histological point of view but malignous in their evolution.

The AA. transcribe statistics made bi Gabriel from the St. Mark Hospital, in London, in which he shows that in 980 retum amputations from 1932 to 1952), only in 11 cases of vilous tumors he did not find maling nant signs.

Symptoms are those commun to all retum tumors: a feeling of heaviness in the annus — a simulated dhyarrea of the elimination of mucus sometimes together with blood.

The finger examination finds a soft gummy substance, that does not stick to the fingers. The retum sigmoidoscopic examination shows a tumor involved by a gelatinou substance that looks as if coming from the vilousities of the tumor. The treatment must be radical surgery — the safest known process.

GABRIEL, from London, only uses the retum amputation with a permanent abdominal annus.

In the author's case the lowering of the sigmoid was made with the preservation of the annal sphincters, that is to be the BARCOK-BACON operation.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) LAMBLIN A. (1928) *Les Tumeurs Villeuses du Rectum*, Paris.
- 2) GABRIEL W. B. — *The principles and practice of rectal surgery* — Fourth Edition.
- 3) GABRIEL W. B. — *The Surgical management of large. Villous tumors of the rectum* 690-700.
- Proceedings of the Royal Society of Medicine. Vol. 45, num. 10 octuber 1952.
- 4) CASCO MUÑOZ — Henriques — *Manual de Proctologia* — Buenos Aires, 1941.

NOTA. — Durante o II Congresso de Protologia realizado em Ribeirão Prêto de 12 a 14 Dezembro de 1952, quando foi apresentado este trabalho, o Dr. Silvio d'Ávila em seus comentários referiu-se a um caso que teve ocasião de tratar com exito, cujo tumor foi extirpado pelos vias naturais.

**Acaba de aparecer:**

## ESTUDOS CIRÚRGICOS

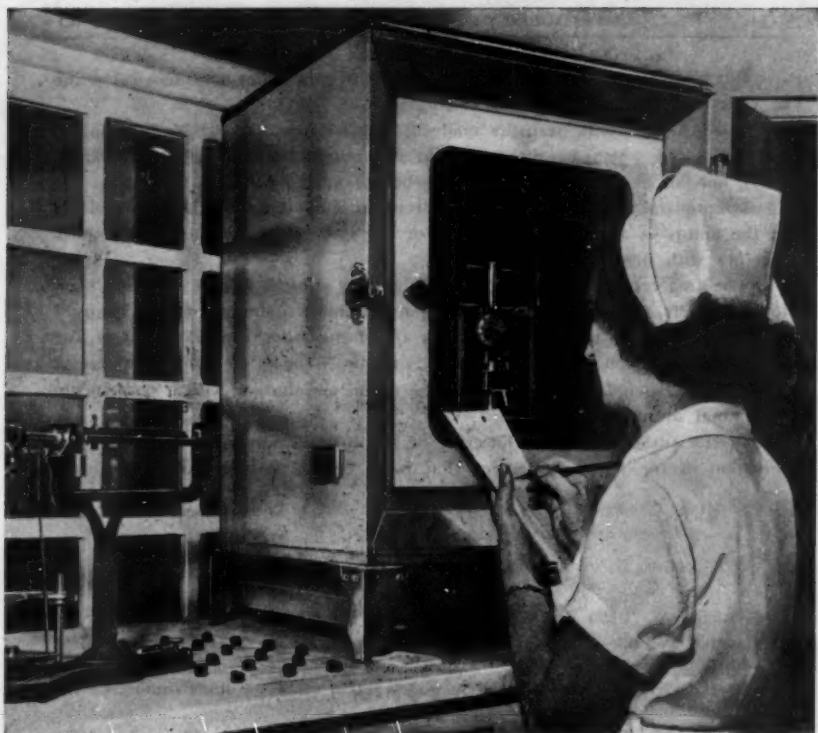
6.<sup>a</sup> Série

**Pedidos ao autor**

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Caixa Postal, 1 574 — São Paulo, Brasil

**PREÇO: Cr\$ 200,00**



## O PLASTÔMETRO DECIDIRÁ!

Nossos laboratórios recebem a borracha para o preparo do colóide conhecido na indústria sob o nome de "massa do esparadrapo". A propriedade que mais interessa no caso é plasticidade. Por isso, utilizamo-nos de borracha especial, originária de uma certa região da bacia amazônica, a qual possui aquelas propriedades em grau mais elevado do que a procedente de qualquer outra região do Globo. Esta matéria-prima é imediatamente submetida ao "Teste do Plastômetro", para verificação da plasticidade. Estabelecendo limites rigorosíssimos, além dos exigidos pelos padrões da U. S. P., garantimos a qualidade da esparadrapo que irá merecer a marca Johnson.

*Johnson + Johnson*

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Sessão em 25 agosto 1952

Presidente: Dr. JARBAS BARBOSA DE BARROS

**Ureterocele. A propósito de 4 novos casos.** Dr. Roberto Rocha Brito. — O autor apresenta mais 4 casos de ureterocele, tratados por meio de ressecção endoscópica, confirmando os resultados relatados em trabalho anterior (Rev. Paulista de Med., 35:113-184, 1949). Frisa a vantagem do emprego do ressector de Nesbit, que permite, nas ureteroceles femininas, o toque vaginal para fazer pressão na parede vaginal, dando firmeza e segurança nos cortes de alça. Cita Campbell, com estatística de 94 casos, usando a perinectomia para introdução do ressector nas crianças, concluindo também pela supremacia da ressecção endoscópica no tratamento da ureterocele. Os casos tratados pelo autor foram os seguintes: Caso 1 — Paciente feminina. Ureterocele esquerda do tamanho de uma avelã. Feita a res-

secção de toda a ureterocele com o ressector de Nesbit. Caso 2 — Paciente feminina. Ureterocele esquerda do tamanho de uma noz. Pequena ureterocele direita, não necessitando de tratamento. Feita a ressecção endoscópica (Nesbit) de toda a ureterocele. Caso 4 — Paciente feminina. Ureterocele calculosa do tamanho de um limão galego. Foram retirados, após a excisão da ureterocele, 30 cálculos, e aspirados com o aspirador de Ellik. A radiografia, tirada na mesa operatória, demonstrou a existência de inúmeros cálculos no úter. Após a retirada da sonda no terceiro dia, expeliu a paciente mais 14 cálculos. Na radiografia posterior, foi verificada a permanência de um cálculo maior na bexiga, ao lado de um menor, tendo sido feitas litotricia e aspiração.

DRAGEAS

GRANULADOS

# PEPTALMINE

## MAGNESIADA

### CHOLAGOGO

**PERTURBAÇÕES  
HEPATO-BILIARES  
COLITES**

Fabricado no Brasil com licença especial do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA,  
PARIS, pelos LABORATORIOS ENILA S. A.  
Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - RIO

**INSUFFICIENCIA  
HEPÁTICA  
ENXAQUÊCAS**

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Sessão em 25 novembro 1952

Presidente: Dr. JARBAS BARBOSA DE BARROS

**Perda de substância uretral, de origem traumática. Reparação bem sucedida por enxerto cutâneo.** — Drs. Jarbas Barbosa de Barros e Dario Trancanella. Os autores apresentam o caso de L. L. S., preto, brasileiro, casado, 45 anos, que, para curar uma rotura traumática da uretra bulbar, ocorrida em 14-8-1951, foi operado quatro vezes, sem resultado, pois o canal estava impermeável, sendo obrigado a usar sonda hipogástrica. Apresentam uma uretrografia elucidativa de 5-12-1951. Os autores, a 17-3-1952, reoperaram o doente, fazendo um enxerto cutâneo, segundo a técnica de Mc Lean e Genie, usando uma sonda de matéria plástica recoberta dum cuff traqueal de borracha, em vez de sonda de látex para porta-enxerto. Identificadas as extremidades da uretra no perineo, e sendo superior a 10 cm a distância que as separava, foi feita uma incisão mediana das partes moles interpostas, de tal forma que a sonda, vindo do bulbo, continuasse sem obstáculo sua trajetória na uretra prostática, de modo a ser possível colocar bem o enxerto. Isto feito, foram novamente suturadas as estruturas cortadas e deixado um penrose. Sangrou bem. Mantida a cistostomia, sonda hipogástrica retirada na 8.ª semana; sonda uretral na 10.ª. A micção foi fácil; assim como os beniquês, até 54. Uretrografias de 23-8-1952: canal francamente permeável. 6-12-1952 foi fácil passar beniquê 48; uretroscopia com o Pan 16 ch. mostrava canal bom, largo, com continuidade da mucosa, não se distinguindo o enxerto, com uma só falha pequena, na parede posterolateral esquerda da uretra membranosa, onde parecia haver desprendimento de escara necrótica esbranquiçada. Os autores salientam a grande tolerabilidade da sonda de matéria plástica e a inocuidade da incisão mediana das partes moles interpostas às extremidades da uretra.

**Casos de seminoma em crianças de 18 meses.** Dr. Honório Dias Soares. — O autor apresenta a observação de um doentinho de 18 meses, examinado em 7-11-1950, que apresentava um tumor do testículo esquerdo, do tamanho aproximado de um limão galego, e cujos sintomas iniciais datavam de 2 meses. Ausência de gânglios palpáveis nas virilhas ou na coluna vertebral. Dois dias depois do exame foi praticada uma orquidectomia esquerda, sendo ligado o cordão na altura do canal inguinal. Alta hospitalar em 15-11-1950 e radioterapia no pós-operatório. O exame anátomo-patológico mostrou tratar-se de um seminoma (Dr. Juvenal R. Meyer). O doente foi revisto em abril de 1951 e em 26-10-1952, dois anos, portanto, após a operação, sendo ótimo o estado geral, não havendo sinais de metástase. O autor faz considerações sobre a raridade de tumores de testículo na criança, citando Young que, em 1926, revendo a literatura, encontrou apenas 42 casos tratados. Campbell mostrou a raridade da afecção na criança, citando a tese de Julien, que conseguiu reunir 67 casos na literatura mundial em crianças abaixo de 3 anos de idade. Durante os 20 anos de existência do Departamento de Urologia só foi comunicado um caso de adenocarcinoma em criança de 2 anos por Darcy Vilella Itiberê e Dario Trancanella (1944). Dos tumores do testículo na criança, um dos mais raros é o seminoma, que é essencialmente um tumor da idade adulta, razão pela qual o autor julgou de interesse apresentar o caso. O autor mostrou que, em se tratando de tumores do testículo, o maior interesse está na discussão da forma de tratamento e isso está intimamente ligado à classificação anátomo-patológica de tais tumores, muita confusão na nomenclatura e determinação dos tipos de tumores, sendo a classificação mais aceita no momento a de Friedman Moore, do Instituto de Patologia do Exército Americano.



# ALCALOIDES ATÓXICOS

## GENALCALOIDES

de Polonovski e Nitzberg

### GENATROPINE

Sedativo do vago. Hipercloridria  
- Espasmos Digestivos - Úlceras  
Gastro-Duodenais - Colon Irritável.

### GENESERINE

Sensibilizadora do vago, aumenta  
as contrações e excita as secre-  
ções do trato gastro-intestinal.  
Opõe-se à hiperexcitabilidade do  
simpático.

Síndrome dispeptica hipotônica com  
hipoacidez e dor solar. Neurose  
cardíaca. Palpitações.

### GENOSCOPOLAMINE

Síndrome de Parkinson. Tremo-  
res. Rigidez. Enjôo de mar ou de  
avião.

#### GÓTAS

XX Gótas - 1 mgr. 10 a 30 gótas  
3 vezes ao dia.



FABRICADO NO BRASIL COM LICENÇA ESPECIAL DOS LAB. AMIDO - PARIS  
PELOS LABORATORIOS ENILA S. A. - R. RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO  
FILIAL: RUA MARQUES DE ITU, 202 - SÃO PAULO

Esses autores chegaram à conclusão de que 96% dos 922 casos de tumores do testículo estudados por eles, poderiam ser classificados em 4 tipos-padrões: seminoma (35%); carcinoma embrionário (19%); teratoma (7%); térato-carcinoma (35%); os restantes 4% eram casos de tumores raríssimos. A variedade na estrutura desses tumores sugere que um único método de tratamento não é suficiente para solucionar todos os casos. A maior ou menor sensibilidade desses tumores aos raios X modifica essencialmente o critério e a conduta na escolha do tipo de operação: a) orquiectomia simplificada (enucleação do testículo, epidídimo e ligadura do cordão na altura do anel inguinal) associada a radioterapia; b) orquiectomia mais ampla, acompanhada da retirada de todo o cordão e limpeza de toda a cadeia linfática retroperitoneal, desde o anel inguinal até o pedículo renal, associada a radioterapia. O seminoma é o tumor mais radiosensível e o que mais tardiamente apresenta metástases, razão pela qual uma simples orquiectomia seguida da aplicação de raios X em doses apropriadas é a forma de tratamento mais adequada e mais utilizada para esse tipo de neoplasia do testículo.

**Adenoma prostático de 325 g, operado com sucesso pela técnica de Millin.** Dr. Jarbas Barbosa de Barros. O caso de M. V. T., branco, norte-americano, casado, de 66 anos, foi observado em agosto de 1952. Tinha sintomatologia de 7 anos. Exame físico geral sem peculiaridades. Urina clara. Ao toque, volumoso adenoma. Internou-se na Beneficência Portuguesa a 31-8-1952, com exames de urina e sangue satisfatórios, salvo pequena azotemia. Preparado com sonda de permanência, foi operado a 8-9-1952, sob raquianestesia, sendo auxiliar o Dr. Langgaard. Foi feita uma prostatectomia retropúbica de Millin por incisão mediana; drenagem com penrose. Bivsectomia por incisão medioscrotal; sangrou por 3 dias. Houve vasamento hipogástrico de urina no 7.º dia, tornando necessário repor a sonda uretral por mais 5 dias. Alta hospitalar no 14.º dia do pós-operatório. Uma semana depois voltou com epididite, que logo cedeu aos antibióticos. O adenoma pesava 325 g. A operação deu bom resultado: a missão é satisfatória e o doente já retornou ao trabalho. O autor salientou o peso do adenoma, que é o maior de que tem conhecimento entre nós, e particularmente a simplicidade que a técnica de Millin proporcionou para a solução do caso.

### Sessão em 26 dezembro 1952

Presidente: Dr. JARBAS BARBOSA DE BARROS

**Traumatismo constritor do pênis.** Drs. Waldeloyr Chagas de Oliveira, Mário de Souza Soares e Petrônio Stamato Reif. Os autores apresentam um caso de traumatismo constritor do pênis, único entre cerca de 16.000 doentes examinados ou internados na Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. Luciano Gaulberto). Tratava-se de um paciente de 17 anos, que, com fins de masturbação, introduziu seu membro viril num aro metálico. Entrando o membro em ereção não foi possível a retirada do aro, sobrevivendo edema e necrose. Após retirada do corpo estranho, realizou-se operação

plástica reparadora, com excelentes resultados. Os autores apresentam documentação fotográfica e revisão bibliográfica.

**Comentários:** Dr. Jarbas Barbosa de Barros: Observei um caso em menino de 5 anos, no qual amarraram um barbante na raiz do dorso do pênis para não urinar na cama. Retirado o barbante o menino teve alta curado.

**Cámbra do músculo cremâster.** Dr. José Taliberti. O autor apresenta dois casos de cámbra do músculo cremâster. Depois de descrever a maneira pela qual se manifesta a

contração espástica do músculo, tece considerações em torno das observações dos dois doentes. Idealizou manobra elucidativa do diagnóstico, consistente no repuxamento do testículo em sentido caudal. A dor provocada por esta manobra é intensiva e esclarece, perfeitamente, o diagnóstico. Refere-se depois ao tra-

tamento, lembrando os sedativos (que têm ação desprezível), o curare (melhor indicado) e, finalmente, a ressecção parcial do músculo.

**Comentários:** Dr. Augusto Aurelio da Mota Pacheco: Não acredito muito nesses diagnósticos, e sim na origem psíquica desses sintomas.

## DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 8 outubro 1952

Presidente: Dr. CELSO PEREIRA DA SILVA

**Cisticercos racemosos intramedulares.** Dr. Orestes Barini. O autor apresenta um caso de cisticercos racemosos medulares. Tratava-se de um lavrador, com 56 anos, branco, internado em 18-1-1952, na Seção de Neurocirurgia (Dr. Aloysio de Mattos Pimenta) da Enfermaria de Neurologia do Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. Paulino W. Longo). História datando de 4 meses: paraparesia grave, flácida, com distúrbios da sensibilidade superficial e profunda com limite radicular superior ao nível de L<sub>1</sub>. Dos exames de rotina, somente havia a assinalar eosinofilia (12,5% em 9.500 leucócitos); líquido lombar mostrando permeabilidade normal do canal e reação de complemento para cisticercose negativa; espondilograma mostrando sinais de espondilite; mielografia mostrando bloqueio total ao nível do espaço entre T<sub>10</sub> e T<sub>11</sub>. Submetido à laminectomia a 22-1-1952 (abertura das lâminas de T<sub>9</sub> e T<sub>12</sub>), encontrou-se um tumor, de aspecto carnoso, semelhante ao do hemangioblastoma, saiu do seu interior um cisto que parecia inteiramente livre, com aspecto típico de um cisticercos racemoso. O exame histopatológico (Dr. Walter E. Maffei) confirmou tratar-se de cisticercos racemosos. Quanto à evolução, houve melhora relativamente rápida.

**Caso de síndrome de Guillain-Barré tratado e curado pelo ACTH.** Dr. J. Lammartine de Assis. O autor tece considerações sobre a atual posição da síndrome de Guillain-Barré na

patologia nervosa, em face dos progressos recentes nos campos da virulogia, experimentação e terapêutica, ao mesmo tempo que procura justificar a aproximação daquela síndrome com o grupo das afecções desmielinizantes, com base nas observações próprias e naquelas encontradas na literatura. Estas são de ordem clínica, anátomo-clínica e terapêutica, enquanto as primeiras são de ordem clínica e terapêutica. O trabalho é documentado com três casos, porém, em virtude da exiguidade do tempo, apenas um deles é sucintamente apresentado. Tratava-se de um paciente com um quadro agudo de poliradiculoneurite tratado pelo ACTH na veia e com remissão total em pouco tempo. O autor salienta ainda, no mesmo caso, a verificação de alterações miocárdicas, através do ECG, modificações estas que foram desaparecendo progressivamente, à medida que o quadro clínico melhorava. O caso continua sob observação e controle eletrocardiográfico.

**Aspectos clínicos e neurocirúrgicos dos traumatismos crânio-encefálicos.** Dr. Sílvio de Vergueiro Forjaz. O relator tratou dos aspectos clínicos e cirúrgicos da fase aguda nos pacientes que haviam sofrido traumatismos crânio-encefálicos. Demonstrando o agravamento progressivo do problema em virtude da mecanização dos transportes, do trabalho industrial e das guerras, exibiu dados estatísticos do funcionamento do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, cuja Seção de Traumatismos

Crânio-encefálicos vem por ele sendo orientada desde junho de 1951, a pedido do Dr. Sílvio de Barros, atual chefe daquele Serviço. De julho de 1951 a junho de 1952 inclusive, foram atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas 3.196 pacientes traumatizados crânio-encefálicos agudos (4º movimento do Pronto Socorro), dos quais 1.578 foram internados. Dêstes, 30,6% apresentavam fraturas do crânio e a mortalidade média foi de 7,2%. Cerca de 8% dos pacientes foram operados. Abordando, a seguir, os principais problemas teóricos e práticos do exame e tratamento dêstes pacientes, o autor iniciou pelo problema anátomo-fisiopatológico, estudando os mecanismos e lesões pós-traumáticas imediatas e as complicações secundárias recentes, hemorrágicas e líquóricas. No estudo

do problema médico-cirúrgico passou em revista a semiologia dos acidentes agudos e suas principais formas anátomo-clínicas. Quanto à técnica de exame, foi mostrada a ficha ideada pelo relator e que é usada para os pacientes admitidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas. Foi feita uma análise crítica da indicação e valor de certos exames subsidiários, tais como craniograma, eletrencefalografia e exames de líquido, neurocular, etc. Esclarecida a orientação diagnóstica, tratou do problema da indicação clínica e operatória, fazendo sobressair o valor da evolução neste problema. Com alguns comentários finais sobre técnica cirúrgica e sobre o aspecto do tratamento não operatório encerrou seu relatório.

### Sessão em 5 dezembro 1952

Presidente: DR. CELSO PEREIRA DA SILVA

**Considerações sobre 1.000 pacientes com distúrbios paroxísticos suspeitos de epilepsia. Estudo clínico e eletrencefalográfico.** — Prof. Paulino W. Longo e Dr. Paulo Pinto Pupo, Olavo Pazzanese e Benedito Artur Sampaio. Como inquérito preliminar sobre a epilepsia em adultos, os autores fizeram revisão do estudo clínico e eletrencefalográfico de 1.000 pacientes de clínica privada, com distúrbios paroxísticos, de consciência ou motores, suspeitos de serem de natureza epilética. Todos os casos tiveram anamnese detalhada sobre o tipo da crise, dos antecedentes pessoais (em particular antecedentes obstétricos, traumas ou moléstias outras afetando o encéfalo), e dos heredo-familiais, assim como a idade de início de suas perturbações. Cumpre assinalar que as convulsões na infância foram tomadas como o início de qualquer distúrbio convulsivo tardio, mesmo que entre elas tivessem mediado anos. Tais elementos clínicos foram detalhadamente comparados com os obtidos pela eletrencefalografia (simples ou ativada) e o resultado analisado em mapas estatísticos. Entre os fatos mais interessantes observados destacam-se: a) O

decréscimo progressivo dos distúrbios cerebrais lesionais de acordo com os grupos de idade: 35,3% dos 21 aos 20 anos; 31,9% dos 21 aos 35; 23,1% além dessa idade. b) A predominância de fatores endógenos no grupo de 11 aos 20 anos. c) A preponderância dos eletrencefalogramas sem alterações de tipo endógeno ou lesional no grupo dos maiores de 36 anos, significando em parte que grande número dos distúrbios paroxísticos dêstes pacientes são de natureza outra que não a epilética. d) A idade de início da afecção segue mais ou menos paralelamente ao mesmo esquema mostrado para os grupos de idade dos pacientes, evidenciando grande predominância de distúrbios lesionais nos casos com início abaixo dos 10 anos (50% de todo o grupo: 240 casos), enquanto que os casos de distúrbios iniciados além dos 21 anos apresentam 54,6% de eletrencefalogramas negativos. e) O tipo de distúrbios eletrencefalográfico, assim como a topografia das alterações focais, quando presentes, coincidem, em elevada percentagem de casos, com tipo de manifestações clínicas dos pacientes. f) A crise de tipo bravais-jacksoniano, em discor-



# Serenol

**Luminal, beladona, cratêgo, passiflora, agoniada, boldo,  
peptonas polivalentes, hexametilenotetramina**

**INSÔNIA — VAGOTONIA — SIMPATICOTONIA**

**ESTADOS ANSIOSOS — PALPITAÇÕES.**

**Líquido: Vidros com 85 cm3. Drágeas: Tubos com 30**



**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.**  
**RIO DE JANEIRO**

SEN-12

**São Paulo — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 489**



dância com os demais tipos de crises focais, apresentou elevada percentagem de casos com EEG negativo: 22 casos num total de 60. g) A presença de epilepsia em parentes até o 3.º grau mostrou coincidir com maior percentagem de casos de epilepsia endógena. h) Em reverso, os sinais neuropsíquicos de afecção orgânica cerebral concideram, em elevada percentagem, com a presença de distúrbios de tipo lesional nos traçados eletrencefalográficos.

**Convulsões em crianças. Estudo clínico e eletrencefalográfico em 231 casos.** Drs. Paulo Pinto Pupo, Olavo Pazzanese e Benedito Artur Sampaio. Encarando a epilepsia segundo a orientação do Montreal Neurological Institute (Penfield, Jasper), 231 pacientes de idade inferior a 11 anos são cuidadosamente estudados sob o ponto de vista clínico (anamnese quanto ao tipo de crise, antecedentes pessoais e familiares, exame neurológico e psiquiátrico, exame do líquido cefalorraqueano, craniograma simples, pneumencefalograma, arteriograma) e eletrencefalográfico, com finalidade de diagnóstico e orientação terapêutica. Os resultados de cada um desses elementos são projetados em um quadro único e comparados de modo global e parceladamente. Resulta desta primeira comparação a grande concordância entre os resultados clínicos e os eletrencefalográficos, fato este que traz maior ênfase ao diagnóstico então firmado. da análise comparativa desses diversos dados estatísticos resultam as seguintes conclusões: 1) As convulsões ocorridas na infância são devidas, na maioria dos casos, a lesões cerebrais adquiridas; em segundo lugar, a fatores endógenos herdados; e, somente em pequena percentagem dos casos, não indicam coexistência de fator mórbido grave. 2) A maior percentagem de casos graves e de convulsões por fatores lesionais cerebrais está entre as que ocorrem nos dois primeiros anos de vida do paciente, decaindo progressivamente nos 3 para 4 anos, para, depois dessa idade, preponderarem os casos devidos a fatores endógenos predominantes (epilepsia idiopática). 3) A relativa

percentagem de casos sem elucidação diagnóstica nos dois primeiros anos de vida, talvez se deva a que o EEG, muitas vezes, é feito nestes casos somente de modo parcial (durante o sono, por exemplo) e que as oscilações dentro da normalidade, do traçado nessa idade, dificultam em muito a afirmação da existência de quadro patológico. Na prática, deve-se, portanto, aguardar o terceiro ano de vida para afirmação diagnóstica. 4) Os sinais clínicos de afecção cerebral orgânica concordam com o diagnóstico de epilepsia sintomática, na grande maioria dos casos. 5) Os fatores asfixia de parto e nascimento a fórceps, indicam igualmente maior probabilidade de epilepsia sintomática. 6) O fator hereditariedade similar, pelo contrário, indica maior probabilidade de epilepsia idiopática. 7) As convulsões infantis isoladas, febris ou não, indicam, na maioria dos casos, a existência de fator endógeno predisponente ou de fator lesional cerebral, e só mais raramente não significam elemento de prognóstico reservado. 8) As convulsões febris como manifestação inicial de moléstia convulsiva, em concordância com a conclusão anterior, indicam que, na maioria dos casos, há fatores positivos evidentes como causa pré-existente da convulsão. Predominam os fatores lesionais cerebrais entre 0 e 2 anos de idade, e os fatores endógenos acima dos 3 anos de idade. 9) A idade da primeira convulsão apresentada pelo paciente, igualmente, mostra que há nítida preponderância dos fatores lesionais abaixo de 2 anos: estes decrescem progressivamente dos 2 aos 4 anos, e mais ainda daí por diante. Em reverso os fatores endógenos, inicialmente aparecendo em pequena percentagem, vêm-se apresentar em perto de 50% do total dos pacientes acima dos 4 anos de idade. 10) O exame eletrencefalográfico detalhado, com ativação pela hiperpnéia e pelo sono barbitúrico, feito sistematicamente nos casos relatados, explica a maior percentagem de evidênciação de lesões cerebrais, comparativamente com os resultados de outros autores, obtidos em época anterior a essas técnicas usadas rotineiramente.

## Sessão em 5 fevereiro 1953

Presidente: Dr. ALOYSIO DE MATTOS PIMENTA

**Evolução favorável de um caso de cisticercose cerebral observado durante 10 anos.** Drs. Paulo Pinto Pupo e João Baptista dos Reis. Os autores, inicialmente, fizeram considerações gerais sobre a cisticercose encefálica, lembrando que a sintomatologia clínica pode depender de uma meningoencefalite crônica cisticercótica (síndrome de decadência mental global e progressiva com ou sem crises epiléptiformes), ou de uma meningite crônica da base ou da fossa posterior (síndrome de hipertensão intracraniana), ou, ainda, do bloqueio agudo da circulação do liquor por cisticercos intraventricular (síndrome de hipertensão intracraniana por surtos). Focalizaram o prognóstico desfavorável desta moléstia, que evolui, na grande maioria dos casos, de forma inexorável. O caso apresentado referia-se a uma paciente, observada ininterruptamente desde os 5 aos 14 anos de idade, cuja moléstia evoluiu para a cura clínica completa. O quadro inicial caracterizou-se pelo aparecimento de crises bravais-jacksonianas reiteradas, em menina anteriormente sadia, que havia sido portadora de ténia. A radiografia do crânio foi normal; o exame do líquido cefalorraqueano revelou, porém, hiperctose, com presença de eosinófilos em algumas amostras, aumento das proteínas e, mais particularmente, das globulinas, e positividade da reação de fixação de complemento para cisticercose, possibilitando assim o diagnóstico etiológico. O curso clínico desta paciente foi acompanhado cuidadosamente durante 10 anos, com exames clínicos e de liquor cada 6 meses. Poram feitos tratamentos geral e anticonvulsivante (idantoinato e barbitúrico) e uma terapêutica visando, em particular, os cisticercos (extrato etéreo de feto macho na dose diária de 1 g, na frequência de 10 dias por mês, durante 1 ano; ionizações transcerebrais com iodeto de potássio). O desaparecimento das crises fez-se logo no segundo ano de evolução, com ligeira

recidiva em 1948; os exames de liquor mostraram decréscimo progressivo da pleocitose, normalização das proteínas, negatividade da reação de fixação de complemento para cisticercose. Por último, a radiografia do crânio, que inicialmente era normal, mostrou 4 cisticercos calcificados. O eletrencefalograma, feito em 1953, não evidenciou qualquer foco lesional cerebral convulsígeno ativo. A evolução somática e mental da paciente foi ótima, tornando-se hoje moça inteligente, boa estudante, perfeitamente integrada no meio familiar e no ambiente social em que vive. A comprovação segura de que a cisticercose pode evoluir favoravelmente para a cura, com a calcificação dos parasitos no encéfalo e com a paralela diminuição de intensidade das alterações do liquor, tornou perfeitamente justificável a apresentação deste caso.

**Comentários:** — Dr. Oswaldo Lange: O caso relatado parece demonstrar uma ação terapêutica do extrato de feto macho sobre a cisticercose; idêntico a esse pode ser considerado o de um paciente no qual o Prof. Enjolras Vampré, há muitos anos atrás, fizera o diagnóstico de cisticercose e no qual o emprego do mesmo medicamento produziu os mesmos efeitos, levando a pensar na eficiência do extrato de feto macho no tratamento dessa parasitose. No entanto, todos nós conhecemos numerosos outros casos em que esse medicamento não produziu efeito benéfico algum e, diante dos casos de remissão espontânea, talvez seja preferível acolher com reserva a idéia de um efeito terapêutico específico do extrato de feto macho. Um dos casos mais interessantes de remissão espontânea da cisticercose de que tenho conhecimento foi relatado por um autor inglês que o publicou no "Lancet": tratava-se de uma senhora que, por apresentar dores de caráter reumatóide no ombro, fora radiografada, sendo verificada a presença de

cisticercos calcificados nessa região; radiografias de outras partes do corpo, inclusive da cabeça, mostraram calcificações idênticas, difusas em todo o corpo; a paciente tinha uma filha única que, radiografada, mostrou idênticas calcificações; o diagnóstico foi confirmado pela biópsia; ambas as pacientes nada apresentavam do ponto de vista neurológico, mas relataram que, alguns anos antes, quando viviam na Austrália (a verificação da cisticercose foi feita na Inglaterra), ambas tinham apresentado períodos de intensa cefaléia, sobrevivendo sob forma de crises. Esta informação anamnética levou o autor a admitir que ambas se tivessem infestado pela cisticercose sob forma mais ou menos aguda e apresentando crises de hipertensão intracraniana e que a afecção regredira espontaneamente pela morte dos parasitos e calcificação dos cistos. Além dos casos de remissão espontânea total, como os dessas duas pacientes, outros existem de remissões temporárias ou mesmo que apresentam tais modificações na sintomatologia neurológica que fazem supor que a morte e calcificação dos cisticercos seja um processo comum e, provavelmente, independa da terapêutica empregada. Isso não implica em que se deva abandonar toda a terapêutica na cisticercose. Nos doentes internados no Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas, temos empregado a sulfadiazina em altas doses (3 a 4 g diárias, até um total de 100 a 120 g, em duas ou três séries, com intervalos de 15 dias, totalizando, às vezes, 300 ou 400 g), com resultados que não parecem de todo desprezíveis. Mas não temos elementos de certeza para afirmar que os resultados obtidos sejam, na realidade, atribuíveis apenas ao medicamento ou se não se trata de simples coincidência; só um trabalho experimental resolveria definitivamente o assunto.

Dr. Roberto Melaragno Filho: De-sejaria perguntar aos autores se, como parece decorrer de sua exposição, eles consideram a calcificação do cisticerco como critério de cura. Quero crer que o cisticerco pode continuar a agir como foco convul-

sógeno, mesmo após sua morte e calcificação.

Dr. Paulo Pinto Pupo: Concordo plenamente com as afirmações do Dr. Oswaldo Lange de que não se pode, nem de longe, estabelecer relação de causa e efeito entre a evolução clínica da cisticercose cerebral e os tratamentos que nessa grave afecção vêm sendo tratados. No caso particular citamos os tratamentos pelo extrato etéreo de feto macho, dado em doses diárias, 10 dias por mês, durante cerca de um ano tratamento preconizado pelo Prof. Vampre e usado como rotina no Serviço do Prof. Longo), assim como os tratamentos pela ionização transcerebral iodurada, somente como detalhe de observação. Não nos passou pela idéia atribuir a evolução tão favorável a tais tratamentos, tanto assim que o título da comunicação não os menciona.

Dr. João Baptista dos Reis: As crises convulsivas produzidas por um cisticerco dependem, naturalmente, das reações de vizinhança que produz no parênquima nervoso, independentemente de o cisticerco estar vivo ou morto. Em minha opinião, o cisticerco vivo é o mais nocivo, e o caso apresentado, mostrando a evolução clínica e líquórica satisfatória, paralelamente à calcificação de alguns cisticercos, permite essa conclusão. Aliás, em minha experiência, desde 1934, no Hospital de Juqueri, tive ocasião de ver muitos casos de cisticercose calcificada com liquor inteiramente normal. A aformação de Trelles e col., de que o cisticerco morto, em desintegração, provoca maior reação cerebral, por vezes é comprovada, mas na maioria dos casos não. É o que mostram minhas observações anátomo-clínicas, publicadas nos Arquivos da Assistência a Psicopatas.

Ação da novocaína intracarotídea no homem e no cão, estudada através da angiografia cerebral (nota prévia). Drs. Roberto Melaragno Filho e José Zacis. Inicialmente, os autores fazem ver quão escassos são ainda os estudos farmacológicos sobre o efeito da novocaína na circulação cerebral e que, em consultas bibliográficas

# Novo Hematínico Terapêutico Oral!



**RUBRAGRAN** é um verdadeiro hematínico terapêutico, fornecendo doses elevadas dos quatro fatores fundamentais para a produção normal dos glóbulos vermelhos.

## Fórmula do RUBRAGRAN:

	1 Cápsula fornece:	1 Cápsula três vezes ao dia fornece:
Vitamina B <sub>12</sub>	25 mcg	75 mcg
Ácido Fólico	1,67 mg	5 mg
Ácido Ascórbico	100 mg	300 mg
Ferro (elementar)	67 mg	200 mg
como sulfato ferroso exsic.	230 mg	690 mg
Fígado Dessecado (como agente estabilizante)	100 mg	300 mg

*Tubos com 25 e 100 cápsulas*

A anemia perniciosa Addisoniana não deve ser tratada com preparados orais. Deve-se usar a Rubramina, o Rulivan e Injeções de Fígado por via parenteral.

## SQUIBB

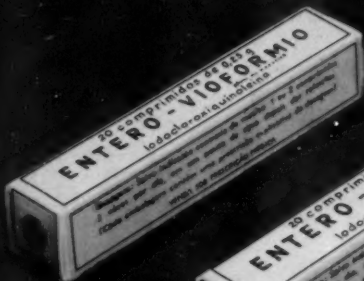
"RUBRAGRAN", "RULIVAN", "RUBRAMINA" são nomes registrados por E. R. SQUIBB & SONS

cuidadosamente feitas, não encontraram qualquer trabalho referente aos efeitos desse anestésico, quando injetado diretamente na artéria carótida primitiva, sobre a circulação arterial cerebral. Tal prática tem sido sempre temida a priori e por analogia com os fenômenos de grande vasodilatação observáveis em outros territórios orgânicos, após injeções intra-arteriais de novocaína. Arnulf atribui as graves desordens bulbares que verificou em um de seus doentes após uma infiltração do simpático cervical, à introdução accidental da novocaína na artéria vertebral. Entretanto, a administração intracarotídea da novocaína, quer no homem, quer no cão de experiência, não resulta, na maior parte das vezes, em qualquer fenômeno secundário. Em nossos cães de experiência, com a ressalva de que os animais estavam previamente anestesiados pelo dial ou pelo nembutal, não observamos qualquer fenômeno sensível. Em pacientes, a introdução intracarotídea da novocaína não provocou, em geral, qualquer sinal ou sintoma clínico. Apenas em dois doentes, após a injeção de 0,06 g e de 0,08 g do anestésico, foram observados discreta agitação psicomotora e, no primeiro caso, movimentos tônicos dos membros; esses efeitos secundários foram transitórios e não se acompanharam de qualquer outro fenômeno de importância. As carótido-angiografias humanas foram feitas pelo emprego do Cilatrast a 30%. Após a tomada da arteriografia simples e da verificação da ausência de qualquer anormalidade vascular da circulação cerebral, nova arteriografia era tomada, um minuto após a introdução de quantidades variáveis de solução de novocaína. Em todos os casos verificaram-se os seguintes fatos: a) vasodilatação da artéria carótida primitiva e da artéria carótida externa, assim como de seus ramos; b) vasoconstricção ligeira ou ausência de modificações de calibre dos vasos arteriais intracranianos. Obedecendo a esses mesmos princípios, experiências semelhantes foram praticadas no cão. Por motivos óbvios, os animais foram anestesiados previamente pelo dial ou pelo nembutal. Emprega-

mos em cada radiografia o mesmo Cilatrast a 30%, na quantidade de 8 ml. Após a tomada da arteriografia em "condições básicas", introduzíamos 10 ml de novocaína a 1% na artéria carótídea, com o tempo de injeção de um minuto. Após a espera de mais um minuto, tirávamos nova arteriografia nas mesmas condições da precedente. As conclusões confirmaram os resultados já enunciados a propósito das arteriografias humanas após a novocaína. Entretanto, devemos fazer a ressalva de que a vasoconstricção dos ramos da carótida interna observáveis após a injeção intracarotídea da novocaína possa ser devida, não à ação deste anestésico, mas, sim (pelo menos em parte), à própria ação do contraste iodado empregado. Realmente, a comparação de duas arteriografias sucessivas feitas em condições normais, isto é, sem a introdução da novocaína, demonstrou ligeira vasoconstricção na segunda chapa em relação à primeira. Observamos, pois, que a introdução da novocaína na artéria carótida primitiva determina vasodilatação das artérias extra-encefálicas e nenhuma ação (ou talvez, ligeira vasoconstricção) nos ramos da artéria carótida interna. Arteriografias realizadas em cão, após ligadura prévia da artéria carótida primitiva contralateral, evidenciaram os mesmos resultados.

**Ação da novocaína intracarotídea nos vasos piais do cão, estudada através do método da janela (nota prévia).** Drs. Roberto Melaragno Filho e José Papaterra Limongi. Empregando método completamente diferente, os autores chegaram aos mesmos resultados enunciados na nota prévia anterior. Foi empregado, com modificações, o método da janela idealizado por Forbes (1938) para o estudo direto dos vasos piais. Em cães anestesiados pelo sonifene+morfina ou pelo dial, após rebater os planos moles, trepanamos o crânio, em situação paramediana suficiente para evitar o seio longitudinal superior. Com cêra de abelha ou Gelfoam estancamos a hemorragia do rebordo ósseo. A seguir, retiramos 4 a 5 ml de líquido cefalorraquidiano, por punção







cisternal, a fim de provocar o afastamento do encéfalo da dura-máter. Esta última é a seguir recortada, acompanhando o rebordo ósseo, com concomitante ligadura dos vasos que sangram. Tornam-se assim expostos os vasos piais. Adaptamos, então, ao orifício correspondente ao botão ósseo retirado, uma janela de matéria plástica, ajustada a pequena argola de borracha, cuja parede externa é, por sua vez, sulcada e adaptada ao rebordo ósseo. Através da borracha são passadas duas agulhas de injeção, pelas quais a superfície sob a janela é preenchida com soro fisiológico. Por meio de uma lâmpada especial, provida de lente azul para filtrar os raios vermelhos, obtemos a iluminação adequada da preparação. A documentação fotográfica é realizada por meio de microfotografias: câmara adaptada à ocular de um microscópio móvel. Usamos o filme Kodak Super XX e habitualmente fazemos a exposição de 1/5 de segundo. A tensão arterial do cão é medida diretamente por uma cânula introduzida na artéria femural e a pressão é registrada diretamente no papel esfumado. Ao introduzirmos a novocaína a 1%, 10 ml diretamente na artéria carótida primitiva, observamos oscilação da tensão arterial, com tendência à queda. Para os lados dos vasos piais, após a injeção intracarotídea da novocaína, verificamos, quer ligeira vasoconstrição, quer ausência de modificação de seu calibre. Esses nossos resultados, concordantes com os da primeira nota prévia, corroboram os argumentos de Pickering referentes à pequena contratilidade dos vasos cerebrais, sobretudo quando comparada com a de vasos de outros territórios orgânicos. Assim, por exemplo, o estímulo direto do simpático cervical reduz o calibre em 56%. Ao finalizar, devemos frisar que esses nossos resultados, obtidos em homens ou em cães sem distúrbios da circulação cerebral, não devem sugerir qualquer dedução no que concerne ao emprego da novocaína na clínica, em tratamento de certos casos de acidentes vasculares cerebrais, nos quais há sempre profundas modificações da fisiopatologia da circulação encefálica.

**Alucinação, Intoxicação pelo Pervitin.** Drs. Venturino Venturi e Francisco Oswaldo Tancredi. Os autores acentuaram o interesse que o presente caso lhes despertou devido à raridade e maneira curiosa pela qual o paciente chegou a admitir que estava doente mental. Trata-se de W. E., solteiro, linotipista, alemão (este último detalhe tem importância, como adiante veremos). Por necessidade de trabalho, excessivo e noturno, começou a fazer uso de Pervitin. No início, dois comprimidos por noite; depois, foi tendo necessidade de aumentar a dose progressivamente, e no fim de 3 anos, tomava 30 comprimidos (1 tubo) de uma vez todas as noites. Ao cabo de 3 anos só conseguia trabalhar ou mesmo ter coragem para passeios ou qualquer outra atividade, mesmo recreativa, sob a ação do Pervitin. Quando não o usava sentia-se prostrado e desanimado. Tentou abandonar seu uso, não o conseguindo pelas razões acima. Em maio de 1952 começou a apresentar alucinações auditivas: ouvia vozes que vinham das paredes de seu quarto e que o acusavam de viciado, perdido, vagabundo, etc. Começou então a dialogar com as mesmas, chegando, por duas vezes, a marcar um encontro e desiludindo-se por não comparecer ninguém. Afóra esta fenomenologia alucinatória, levava a mesma vida dos últimos tempos, trabalhando sempre e bastante sob a ação do Pervitin. Irritava-se por não compreender a razão das vozes que ouvia e contra as quais tinha que lutar. Com o correr dos dias e na ânsia de esclarecer quem lhe falava, observando que as vozes não podiam vir dos quartos contíguos ao seu, chegou a ir para um descampado onde não havia ninguém. Concluiu, então, que era a sua própria voz que ele ouvia (sic), pois notava que ela cometia os mesmos erros de português e falava com o mesmo sotaque alemão. Conservada como estava a consciência e o juízo crítico, convenceu-se de que estava louco (sic) e procurou-nos. Foi internado no Sanatório Charcot. Nos antecedentes pessoais e hereditários nada havia de interesse para o caso e a persona-

lidade pré-psicótica se desenvolveu normalmente. Fisicamente apresentava tremores de tipo tóxico dos dedos, fígado aumentado de volume e doloroso. Foi submetido a tratamento desintoxicante e à insulino-terapia (Sakel). No prazo de 30 dias teve alta, com remissão total do quadro psicótico. Continua, até hoje, 6 meses depois da alta, perfeitamente normal e não mais faz uso do Per-*vitin* ou qualquer outro tóxico.

**Comentários:** — Dr. José Longman: A objetivação do presente caso, evidenciando magnificamente uma alteração sistêmica, deveria ter merecido considerações com base na fisiopatologia cerebral. Impunha-se a

diferenciação sintomatológica entre alucinações e automatismo mental, no sentido de Clérambault. Diferenciação infelizmente desprezada, talvez por mal compreendida, por aqueles que recusam considerar as manifestações psicopatológicas como expressão da alteração, funcional ou lesional, de sistemas cerebrais. Lembro ainda o interesse que no presente caso teria o eletrencefalograma no período agudo do quadro psicótico.

Dr. Venturino Venturi: Infelizmente não me ocorreu realizar o eletrencefalograma no caso em apreço, o que lamento muito, pois talvez esse exame ajudasse a esclarecer a semiologia neuropsiquiátrica.

## DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 outubro 1952

Presidente: Dr. MAURO CÂNDIDO DE SOUZA DIAS

**Clínica e histologia do fibroma nasofaríngeo dos adolescentes.** Drs. Maria Luisa Mercadante Tavares de Lima e Antônio Correia. Os autores fizeram observações clínicas e histopatológicas a propósito de 8 casos de fibroma nasofaríngeo, documentando o trabalho com esquemas, radiografias dos casos. Após fazer considerações sobre a anatomia patológica e histogênese destes tumores, os autores descrevem o quadro clínico e dão a orientação terapêutica. Considerando a benignidade do fibroma nasofaríngeo juvenil, e sua possível parada ou regressão com o advento da maturidade sexual, é preconizada a terapêutica conservadora, cirúrgica ou por irradiações. Seguindo a orientação de Martin e col., um dos casos está sendo submetido à androgenoterapia. Dos 7 casos restantes, 4 fizeram cirurgia conservadora (via transmaxilar), e 3, cirurgia associada com irradiação; destes 3, um foi submetido à estafilotomia mediana, um à rinotomia lateronasal externa, e outro à transmaxilar conservadora. No que se refere à histopatogenia dos fibromas nasofaríngeos juvenis, considerando o seu aspecto e comporta-

mento particular em relação a um provável distúrbio hormonal, é lembrada a idéia de Willis, que admite não ser este processo uma verdadeira neoplasia.

**A via transmaxilar para acesso ao cavum.** Dr. Raphael da Nova. — Dr. Raphael da Nova. Desde 1945, na Clínica Otorrinolaringológica do Hospital das Clínicas, o autor tem seguido a via transmaxilar para os fibromas do nasofaringe. Essa via é sobretudo indicada nos casos de tumores assentados na porção pótero-superior do etmóide, no assoalho do esfenóide e no cavo basilar. A comunicação do autor baseia-se em 5 casos, 4 dos quais operados pelo mesmo e um pelo Dr. Antônio Correia. Discute a orientação terapêutica dos nasofibromas, seguida pelos intervencionistas e não intervencionistas. Em seguida, descreve a técnica operatória seguida, dividindo-a em 7 tempos, e ilustra-a com um esquema mostrando a posição da parede nasal do antro, ao ser fraturado contra o septo para a exposição da parede nasal do antro, ao ser fraturado contra o septo, para a exposição da coana e face an-

# TIROTRICINA

PARA USO IMEDIATO!



## NEO-POMALGAN

### INDICAÇÕES:

Piodermites; acne, espinhas, furúnculos, antraz, panarícios, feridas purulentas, ulcerações, úlceras tropicais, úlceras traumáticas, úlceras atônicas, cortes, ferimentos, eczema infectado, impetigo e ectima. Queimaduras.



## NEO-GORGESAN

### INDICAÇÕES:

Antisséptico biológico, indicado nos casos de afecções da boca e da garganta, como curativo e profilático; na profilaxia e tratamento das enfermidades do buco-faringe devidas a estados infecciosos por estafilococos, estreptococos, bacilos diftéricos e pneumococos, anginas gripais e anginas pultáceas; antes e depois das intervenções cirúrgicas da boca (extrações de dentes, cirurgia dentária, tonsilectomia, abertura de abscessos, etc.).



## GINOTRICIN

### INDICAÇÕES:

Tratamento das vulvo-vaginites e suas manifestações: vaginites estafilocócicas, estreptocócicas, gonocócicas e micóticas e por *trichomonas vaginalis*.



*Laboratórios*

**MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S. A.**

Rua Marquês de São Vicente, 104 — Gávea - Rio de Janeiro



terior do esfenóide. Ressalta a boa visibilidade do cavum e a ausência de seqüelas, conseguidas com essa via de acesso.

**Comentários** — Dr. José Freire de Mattos Barretto: Diante de exposição tão brilhante, desejava relatar um caso que tivemos em 1949, de fibroma de inserção alta, operado por via transmaxilar (caso do Dr. Sílvio Marone), usando a diatermocoagulação. Não foi necessária a ligadura da carótida. Foram feitas transfusões antes da operação. Foi um caso bem sucedido.

Dr. José Fairbanks Barbosa: Quanto à questão dos hormônios, se foi verificado que os tumores aparecem nas pessoas que têm predominância dos estrógenos, nesse caso não seriam eles mais comuns nas pessoas do sexo feminino? A ligadura da carótida tem sido feita dos dois lados? Também tive um caso de nasofibroma muito desenvolvido, cuja exploração digital era impossível e que só pôde ser visto depois da operação. Por via transpalatina foi retirado o tumor. Uso a via transpalatina pelo palato duro, pelo assoalho da fossa, ressecando a parte da fossa nasal de menor importância fisiológica e fornecendo visão ampla para a região tumoral; derrubado o palato duro, temos visão ótima e a cauterização da região da inserção tumoral faz diminuir muito o sangramento.

Dr. Francisco Prudente de Aquino: Tive oportunidade de acompanhar, no Rio, casos de hemorragias repetidas. Vi um caso que já havia operado por duas vezes. Fêz radioterapia do baço e de fato as hemorragias melhoraram. Atualmente, os anestesiologistas usam o bistrim, que juntam à anestesia, obtendo assim melhora das hemorragias.

Dr. Jorge Barreto Prado: Qual é a dose radioterápica? Quanto à ocorrência de recidivas, qual é a percentagem das mesmas?

Dr. Plínio Freire de Mattos Barretto: Acompanhei em 1940 um doente de 18 anos em que, após tratamento radioterápico, houve regressão

de cerca de um terço do tamanho do tumor. Tive também o caso de um menino que apresentava um tumor muito grande e no qual em virtude de forte hemorragia, foi procedida a ligadura da carótida, e as aplicações, feitas fracionadamente, determinavam regressão total do tumor e de suas hemorragias.

Dr. Mauro Cândido de Souza Dias: Tive um caso que foi operado com a colaboração do Dr. Homero Cordeiro, tendo sido feita radioterapia posterior. Tive também outro caso operado por via transpalatina. O Dr. José Eugênio Rezende Barbosa acha que a via transpalatina é a melhor, mas tenho a impressão de que as vias devem variar de acordo com a implantação do tumor.

Dr. Raphael da Nova: Peço perdão ao Dr. José Freire de Mattos Barretto de não haver citado, por um lapso, o seu caso, mas, quando publicar meu trabalho, farei a devida reparação.

Dr. Antônio Correia: Os tumores não existem na mulher, mas, no último trabalho que li, o autor estuda 39 casos sob o ponto de vista endocrinológico, advogando a aplicação dos hormônios, quando estes faltarem. A ligadura da carótida, em dois terços dos casos, foi procedida unilateralmente. Fiz também bilateralmente, mas a hemorragia não diminuiu muito, sendo que é sempre provisória. Quanto à via transpalatina, observei-a em 3 casos e em nenhum fiz ressecção do palato duro, o que pode ser feito para os tumores mais posteriores. Podemos experimentar a via do assoalho da fossa nasal, mas há o receio das seqüelas. No que diz respeito às irradiações do baço, não tenho experiência. A indicação radioterápica tem como finalidade reduzir o componente angiomatoso dos tumores (Cannuit); nos casos mais resistentes, o hormônio andrógeno facilitaria a ação da radioterapia. A recidiva está ligada à anatomia patológica e se deve à dificuldade para extirpar toda a formação tumoral.

## Sessão em 17 novembro 1952

Presidente: Dr. AMÉRICO PADULA

**Estado atual da terapêutica da tuberculose do laringe.** Drs. Mauro Cândido de Souza Dias e Italo João De Stefano. Os autores focalizam inicialmente a enorme modificação sofrida na conduta terapêutica da tuberculose laringea após o advento da estreptomycin, tiossemicarbazona e hidrazida do ácido isonicotínico. Após discutirem o modo de ação destas diferentes drogas, chamam a atenção para o fato, de certo modo paradoxal, de que, muitas vezes, as melhoras laringeas não são seguidas paralelamente pelas do pulmão, sendo que noutras vezes verificam-se mesmo pioras pulmonares. A seguir, calcadas na experiência obtida no Hospital São Luís Gonzaga (Jaconá) desde 1940, apresentam dois quadros com resultados terapêuticos obtidos antes e depois do advento da estreptomycin, o que vem ilustrar e corroborar a premissa estabelecida inicialmente, a saber: o advento da estreptomycin marca um momento revolucionário no capítulo da terapêutica da tuberculose das vias aéreas superiores.

**Comentários** — Dr. Mozart Tavares de Lima Filho: Não existem, para os fisiologistas, reações idênti-

cas, tanto pulmonares como laringeas.

Dr. Jorge Barreto Prado: Tenho tido bons resultados, nas formas vegetantes e ulcerosas, com o toque de ácido láctico em doses crescentes.

Dr. Francisco Hartung: A cauterização (cautério elétrico) é uma prática abandonada. Outro detalhe reside na amigdalectomia em tuberculosos; o tuberculoso não cura, somente melhora.

Dr. Américo Padula: Quando melhora o pulmão, melhora o laringe. Com o advento da estreptomycin tudo mudou quanto à sintomatologia laringea. Lembro o caso de uma mulher que não podia falar, e que, depois de 3 dias de tomar a droga, já o conseguia fazer.

Dr. Mauro Cândido de Souza Dias: há disparidade na evolução dos processos, porque nem sempre a tuberculose é do tipo exsudativo, em que o pulmão piora e a laringe melhora. Os cáusticos são empregados nos processos produtivos, infiltrativos e mesmo ulcerativos com estado geral bom; só empregamos em casos de infiltração residual. Quanto à amigdalectomia, é praticada quando o paciente se encontrar em condições de poder ser operado.

## Sessão em 17 dezembro 1952

**Oclusão congênita das coanas.** Dr. Moysés Cutin. E' feita uma revisão da literatura sobre o assunto, detendo-se o autor com mais vagar no tratamento cirúrgico, especialmente nas técnicas da via transpalatina. O número dos casos anteriormente noticiados no Brasil é de 21. Neste trabalho são relatados 4 casos. Destes, 3 são do sexo feminino, sendo um de oclusão bilateral óssea, 2 de unilateral membranosas, e um de unilateral óssea. Não havia outras malformações nos pacientes, bem como referência às crianças, pela prefe-

rência da via transpalatina para solução operatória desta atresia. Frisa-se a importância da ressecção da porção posterior do septo nasal e as dilatações posteriores às operações.

**Comentários** — Dr. Raul Guedes de Melo: No Instituto Penido Burnier, de 90 000 casos, observei 2 de obstrução unilateral e um apenas com oclusão bilateral; esta última é muito rara. Casos de asfixia neonatorum podem ser explicados pela presença dessa oclusão, pois as crianças têm o instinto da respiração nasal. O diag-

nóstico é banal. Em nosso caso não encontramos iperostose externa. O diafragma ósseo obstrutivo era fino e foi facilmente retirado. Quanto à via, há preferência, nos últimos 10 anos, pela via transpalatina, muito mais simples e que dá maior visão. O caso de obstrução óssea bilateral era de uma criança de 8 anos, na qual foi aplicada a técnica segundo a via transpalatina e anestesia geral com entubação. Segui a técnica de Roedi, fazendo uma só incisão, obtendo-se campo maior e menos fistulização, pois o retalho é maior e recobre tudo; não praticamos as dilatações, pois a criança era rebelde; usamos broca; descolamos bastante; no início o retalho era resistente e houve um pouco de sangramento; a oclusão estava 1 cm adiante da borda posterior do septo; deixado dreno penrose, que foi retirado 6 dias após; depois de 15 dias teve alta em ótimo estado; desenvolvimento normal das cavidades paranasais; audiogramas falando contra as noções de fisiologia nasal.

Dr. Francisco Prudente de Aquino: Em 1938, na Santa Casa, vi um menino que apresentava uma rólha mucosa que abstruía as fossas nasais na altura das conchas médias, bilateralmente; não apresentava 1 cm de espessura e conseguimos abri-la facilmente; o difícil foi mantê-la aberta, o que foi conseguido depois de muito tempo. O Dr. O. Della Serra, da Faculdade de Odontologia, tem dois casos de obstrução óssea, como achados anatômicos.

Dr. Roberto Oliva: Chamo a atenção para as noções de fisiologia nasal, mostrando a relação reflexa entre o trigêmeo e o vago. No caso de obstrução da coana, não havendo passagem do ar, não há excitação do trigêmeo nasal e daí impossibilidade da criança expandir o tórax (explicação para os casos de asfixia por obstrução nasal nos recém-nascidos).

Dr. Jorge Fairbanks Barbosa: Tive um caso no Serviço do Prof. Mangabeira Albernaz. Era uma moça de 18 anos; ao exame foi difícil alcançar o fundo da fossa nasal direita;

com trocáter fez-se um orifício no septo ósseo; com goiva e martelo derubou-se o resto da membrana óssea, porção inferior junto ao assoalho e parte medial; as porções externas não foram tocadas; com pinça de Citelli foram retirados restos do teto; completou-se com eletrocoagulação das bordas; acompanhei o caso e depois de 2 anos estava passando bem. O que pareceu interessante é que, naquela ocasião, fazia estudos sobre olfatomia dos ozenosos, tendo praticado o exame desse sentido, tendo a paciente acusado olfação normal antes e depois da operação. No IAPC observei dois outros casos, porém de oclusão parcial.

Dr. Mauro Cândido de Souza Dias: Tive um caso de imperfuração unilateral óssea, em criança de 10 anos. A intervenção foi praticada pelo método mais primitivo com escópro e martelo, com resultado mau. Era um caso do Dr. Homero Cordeiro. Quanto à fisiologia da respiração, além do reflexo trigêmeo-vago a partir da mucosa nasal, ainda temos outro fator como o da alta da taxa de  $CO_2$  no sangue.

**Lóbulo-neoplastia total.** Dr. Roberto Farina. O autor aconselha, para as lóbulo-neoplastias auriculares, o emprego de retalhos auriculares, ao contrário dos infra-auriculares de Dieffenbach. Aponta as causas mais prováveis de destruição do lóbulo de orelha e descreve sucintamente a operação, que é realizada em dois tempos em intervalo de 30 dias.

**Nariz em sela. Inclusão de lucite.** Dr. Vitor Spina. O autor empregou a inclusão de lucite em seis casos de nariz em sela, sem nenhum inconveniente. O mais antigo apresenta uma evolução de pouco mais de 3 anos e o mais recente, de quase 1 ano. Mostra-se satisfeito com os resultados conseguidos, admite que ainda é cedo para um julgamento definitivo e finalmente se refere à sua aceitação permanente pelo organismo. A tolerância é boa; o material acrílico é moldado no ato cirúrgico.

*Nas hemorragias  
uterinas*

# LUTEOVIRON



**ASSOCIAÇÃO DE  
HORMÔNIO MASCULINO  
E HORMÔNIO LUTEÍNICO**

**INDICAÇÕES:** Hemorragias uterinas funcionais, hemorragias por fibromiomas uterinos, síndrome de hiperfoliculinemia.

**EMBALAGEM ORIGINAL:** Caixa com 2 ampolas de 1 cm<sup>3</sup>. Cada ampola contém 25 mg de propionato de testosterona e 10 mg de progesterona, em solução oleosa, para injeções intramusculares.

**INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA  
SCHERING S/A**

RIO DE JANEIRO

SAO PAULO • PÔRTO ALEGRE • BELO HORIZONTE • RECIFE • FOZ DE IGUAÇUAS • JUIZ DE FORA

## DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFIOLOGRAFIA

Sessão em 11 novembro 1952

Presidente: DR. ANTONIO FRANCISCO DEFINA

**Primeiro caso brasileiro de granuloma eosinófilo da face** (com apresentação da doente). Drs. Benjamin Zilderberg e Walter de Paula Pimenta. Os autores fazem um histórico sobre as observações de granuloma eosinófilo e qual a origem do termo. Referem-se à literatura, que revela terem sido publicados até agora 11 casos de granuloma eosinófilo da face. O caso apresentado é o de mulher de 31 anos, de cor pará, que tinha lesão na fronte há 4 anos. Na metade esquerda da fronte, observaram elementos pouco salientes, nodulares, firmes, com certa elasticidade, móveis em relação aos planos profundos e aderentes à pele. O tamanho variava desde um grão de lentilha ao do feijão, dispondo-se em círculo de convexidade superior; na parte inferior encontrava-se dois nódulos confluentes do tamanho dum grão de milho; na região malar esquerda, na parte inferior, notava-se um lóbulo firme, do tamanho duma azeitona, cuja superfície era eritematosa. O hemograma revelou apenas 4% de eosinófilos. Pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes no muco nasal, negativa. Reações sorológicas para a lues, negativas. A histopatologia evidenciou infiltração densa e difusa do derma, ocupando todo o cório e poupando uma faixa estreita entre a epiderme e o corpo papilar; havia predominância dos elementos celulares, de mistura com alguns linfócitos, neutrófilos; núcleos picnóticos frequentes nessas zonas. No cório profundo os linfócitos dominavam quase que exclusivamente, formando densos manguitos pré-vasculares; a infiltração, igualmente, rodeava os anexos.

**Caso de blastomicose viscero-cutânea simulando eritematodes disseminado** (com apresentação da doente). Drs. Luís Batista e Norberto Belloni. Os autores relatam o caso de paciente do sexo feminino, de 19

anos, proveniente de Pouso Alegre (Minas Gerais), porém, residente nesta Capital há 10 anos. A doente, há cerca de 2 anos, apresentou um acesso apendicular típico, isto após um ano de evolução, quando foi apendicetomizada no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas. Pouco antes dessa fase aguda notara o aparecimento de manchas avermelhadas e pruriginosas no rosto. Passou aproximadamente um mês bem, para apresentar novamente o quadro abdominal e, na ocasião, foram os autores chamados para opinar sobre as lesões cutâneas, que haviam aumentado, sendo a hipótese mais provável a de um lupus eritematoso disseminado, reforçada pela febre intermitente apresentada pela doente. O exame dermatológico mostrava (em 18-11-1951) pápulas foliculares corneas, manchas eritemato-arroxeadas, ligeiramente infiltradas, de dimensões várias, localizadas na face, abrangendo o nariz e regiões malares, lembrando o "verpetílio" do eritematodes, havendo lesões semelhantes na fronte, regiões maxilares, mento; na fronte predominavam as lesões papulosas foliculares. Notava-se exuberância de pequena dimensão, com pontilhado hemorrágico, no lábio inferior, que estava tumefeito. Foram feitos os exames no sentido de confirmar a hipótese de erimatomodes disseminado, mas nada se pôde concluir. Submeteu-se a paciente ao BCG oral, na dose de 0,20 g por semana, passando relativamente bem, com surtos febris periódicos, quando, ao completar 13 doses (2,6 g) da vacina, novamente queixou-se de fortes dores abdominais e as lesões cutâneas tornaram-se mais evidentes. O exame radiológico do aparelho digestivo havia levantado a suspeita duma ilcito terminal, mas o trânsito não estava prejudicado de forma a concordar com os achados da radiografia. Como as crises fossem mais intensas e nenhuma conclusão fosse



possível, resolveu-se fazer uma laparotomia exploradora na paciente. Já nessa ocasião colocava-se em dúvida o diagnóstico de eritematodes disseminado porque, repetidamente, a pesquisa de células de Hargraves foi negativa. A intervenção cirúrgica (Dr. Daher Cutait) deu margem para que se observasse enfartamento ganglionar de todo mesentério, atingindo alguns o tamanho dum ovo de pomba; na parede do delgado (borda mesenterial) palpavam-se pequenos nódulos duros, do tamanho de uma ervilha, e o mesocólon também apresentava adenopatias. O exame anátomo-patológico de um dos gânglios mesenteriais mostrou um granuloma paracoccidióidico. Com o achado etiológico do quadro abdominal era de se acreditar que

o cutâneo tivesse a mesma origem, fazendo a revisão da lâmina do tegumento (havia-se observado um infiltrado tuberculóide, mas não o *Paracoccidioides*); conseguiu-se notar raros parasitos. As lesões cutâneas foram consideradas mais como "ides" habitadas, dado seu aspecto incomum e por não terem a tendência evolutiva, visto que, mesmo sem a medicação específica, permaneceram quase inalteradas. Instituído o tratamento sulfamídico, a temperatura normalizou-se e, 2 meses e 15 dias depois de se haver iniciado a quimioterapia, recebeu alta sem sintomatologia clínica, tendo as lesões do tegumento se apagado, por vêzes notando-se um simples eritema na face.

### Sessão em 14 dezembro 1952

Presidente: Dr. ANTONIO FRANCISCO DEFINA

**Pseudoxantoma elástico.** Dr. Benedito Mendes de Castro. O autor estuda um caso de pseudo-xantoma elástico em um menino de 9 anos de idade e com localização no pescoço, que é uma das mais comuns. Apresenta fotos e o exame anátomo-patológico realizado.

**Comentários** — Dr. Luís Sterman: Existe elasticidade ao nível da lesão? Os parentes (pais e irmãos) foram examinados? Só havia lesões oculares?

Dr. Benedito Mendes de Castro: Havia perda de elasticidade; não se notaram lesões oculares; os pais e irmãos nada apresentavam.

**Sarcomatose generalizada** Dr. Benedito Mendes de Castro. Este caso foi apresentado embora ainda dependa de estudos complementares. O doente apresentava lesões cutâneas numerosas, cujo exame anátomo-patológico mostrou tratar-se de tumor do tipo reticulossarcomatoso, sendo exibidas as fotografias do caso.

**Carcinoma da região orbitária.** Dr. Benedito Mendes de Castro.

**Resumo** — O autor estuda uma estatística de casos de carcinoma da

região orbitária, fazendo comentários sobre os dados obtidos. Chama a atenção sobre as localizações mais freqüentes e o prognóstico. Por fim, apresenta uma série de diapositivos de carcinomas da região orbitária, tratados e curados pelo radium.

**Comentários** — Dr. Antonio Francisco Defina: Não há lesões oculares provocadas pelo radium?

Dr. Benedito Mendes de Castro: Apenas é necessário proteger bem o globo ocular mediante placas de chumbo.

**Actinomicose.** Drs. Benedito Mendes de Castro e Ciro Aranha Pereira. Os autores, a propósito de dois casos de actinomicose, um de localização podal e, outro, de localização na região peitoral, fazem comentários sobre o histórico, nomenclatura, evolução, etiologia, formas clínicas, predominância do sexo, idade e raça, diagnóstico e prognóstico. As observações são acompanhadas de fotografias, cortes anátomo-patológicos, cultura e outros exames de laboratório.

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 30 de março de 1953

Presidente: DR. ADEMAR ALBANO RUSSI

**Evolução de um caso de mixosarcoma.** — Dr. Jaime Rodrigues e Eurico Branco Ribeiro. Os AA. discorrem sobre "Evolução de um caso de mixosarcoma. Inicialmente falou o dr. Jaime Rodrigues que apresentou a história do doente, nas 2 vezes que esteve sob seus cuidados, em 1938 e 1944, quando apresentava tumor na coxa D. inicialmente e recidivado 6 anos após. O mesmo doente voltou à consulta, em 1946, com nova recidiva. O exame feito em 1938, revelou tratar-se de mixosarcoma, até 1947, ainda esteve sob os cuidados do dr. Jaime Rodrigues. Além das ressecções, foram feitas aplicações radioterápicas. Passou a seguir a falar sob o mesmo doente o dr. Eurico Branco Ribeiro, que recebeu o doente em 1952, mas agora apresentando volumoso tumor abdominal, ocupando todo o ventre. Feita biópsia, que coincidia com o resultado anterior, foi feito tratamento pelo gás tardia e transfusões. Em janeiro de 1953 foi operado, sendo extirpado um tumor que pesou 18,300 grs. O dr. Jaime Rodrigues salientou a rara oportunidade de acompanhar a evolução longa dese tumor maligno, com suas metástases retro-peritoneais, isto em 15 anos. Outro fator interessante, é o volume, cujo peso nunca foi alcançado em outro caso de nenhum dos dois cirurgiões. Em suas considerações, o dr. Eurico Branco Ribeiro, referiu-se à necessidade de se praticar a nefrectomia D., devido a uma hemorragia, que se processou após a síntese de parede.

**Comentários** — O dr. Adalberto Leite Feraz fez considerações em torno do volume e peso do tumor, hoje em dia dificilmente encontrado.

Dr. Ademar Albano Russi. Indagou ao dr. Jaime Rodrigues, se, após

a recidiva, a exérese do membro havia possibilidade de cura. Acha que inicialmente, talvez tivesse obtido melhor resultado.

O dr. Bresser da Silveira referiu-se a um caso de sarcoma do joelho, em que se pedia a indicação, que consistiu em amputação alta, que terminou 3 meses após, com morte, embora o pós-operatório tivesse corrido normalmente.

O dr. Ademar Albano Russi refere a atitude de ortopedistas que nos casos de osteosarcoma só praticaram a exérese do tumor, devido à precocidade das metástases.

**Reação de Schlöi para o diagnóstico da gravidez.** — Dr. Waldemar Machado. O A. referiu-se à reação de Schlöi, de tintura de iodo, para diagnóstico da gravidez. Os resultados colhidos não foram satisfatórios, dando grande número de falso-negativos e falso-positivos, o mesmo acontecendo em outros serviços. Foi apresentado um trabalho de autores italianos Saufaçul e Cutoni, que invalidam a reação para o diagnóstico da gravidez baseados numa estatística de 200 casos.

Fizeram considerações os Drs. Moacyr Boscardin, Adalberto Leite Ferraz, Eurico Branco Ribeiro e Bresser da Silveira.

**Prova de Bauer.** — O Dr. Bresser da Silveira pergunta aos laboratoristas se a prova de Bauer ou da galactose para pesquisa da capacidade funcional hepática, sendo sabido que a administração de galactose produz a catarata experimental, pelo que, interoga-se: será que a prova de Bauer poderá proficiiar a catarata humana?

# NOVIDADE!

# BELPAR

Codeína (fosfato) . . . 0,02 g.  
Papaverina (cloridrato) . . . 0,02 g.  
Atropina (sulfato) . . . 0,0001 g.  
Excipiente q. s. p. um comprimido.

*comprimidos*

**agora uma nova forma  
complementar de**

**Belpar**  
*gotas*



**TOSSES  
E  
DORES  
ESPASMÓDICAS**

Codeína (fosfato) . . 0,02 g.  
Papaverina (cloridrato) 0,005 g.  
Atropina (sulfato) . . 0,0001 g.  
Excipiente q. s. p. . . 1 cm3

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO  
FILIAIS: R. MARQUES DE ITÚ, 202 - S. PAULO - RUA GUARANÍ, 135 - BELO HORIZONTE  
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE  
AGENCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

Sessão de 13 de abril de 1953

Presidente: Dr. ADEMAR ALBANO RUSSI

**Afecções vasculares periféricas.**

Dr. Cláudio Oscar Bellio. O A. falou sobre as afecções vasculares periféricas baseado na experiência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina. Salientou o valor do diagnóstico inicial, citando casos de erro com graves prejuízos para os doentes, inclusive um de aneurisma, que foi operado de varizes. Passou em revista várias afecções vasculares das extremidades apontando os seus sintomas para depois estabelecer o diagnóstico diferencial. Falou sobre as várias provas semiológicas e estendeu-se sobre o tratamento nas várias afecções.

**Comentários** — O dr. Moacyr Boscardin referiu-se aos efeitos da radioterapia sobre os vasos periféricos; referiu-se ainda sobre a compressão do anel do 2.º adutor simulando certas moléstias.

O dr. Ademar Albano Russi falou sobre a prova de Béranger.

O dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre os testes da circulação arterial pelos corantes.

O dr. Oscar Belio salientou o efeito da radioterapia sobre os linfáticos e referiu-se aos outros assuntos trazidos a baila.

**Simpósio sobre câncer gástrico.**

Dr. João Noel von Sonnleithner. O orador salientou o que foi o Simpósio sobre Câncer Gástrico no recente V Congresso realizado no Quitandinha em Petrópolis. O simposiasta foi o Prof. Benedito Montenegro. Os relatores responderam as perguntas feitas sobre o diagnóstico precoce, a orientação cirúrgica e a alimentação posoperatória.

**Hemorragias altas do tubo digestivo.** — Dr. Roberto Deluca. O A. relatou o que foi o simpósio sobre as hemorragias altas do tubo digestivo realizado no mesmo Congresso, em que, com o dr. João Noel von Sonnleithner representou a Sociedade Médica São Lucas. As causas das hemorragias foram apontadas e discutidas as mais comuns. A maneira de se avaliar a intensidade da hemorragia foi estudada e exposta pelos vários simposistas. O tratamento foi especificado, tanto do ponto de vista médico como do ponto de vista cirúrgico.

**Comentários** — O dr. Eurico Branco Ribeiro, falou sobre o exame radiológico precoce nos casos de hemorragia.

Dr. Cláudio Oscar Bellio referiu-se às varizes esofágicas e as de origem esquistossomóticas, citando um caso de sua experiência pessoal, em que fez a desvascularização da grande curvatura.

Dr. Moacyr Boscardin referiu dois casos felizes de hemorragia massiva em que a esplenectomia foi realizada.

Dr. Waldemar Machado falou sobre a incidência da esplenomegalia hemorrágica no Nordeste brasileiro.

Dr. Cláudio Oscar Bellio referiu o tratamento das varizes esofágicas com a posição de Trendelenburgo.

Dr. Eurico Branco Ribeiro, lembrou o tratamento pela gastrotomia circular seguida de gastrotomia.

Ao encerrar a sessão o presidente referiu-se a viagem que o dr. Eurico Branco Ribeiro iria empreender a fim de assistir aos Congressos de Roma e Viena do Colégio Internacional de Cirurgiões.

**Outras Sociedades**

**Associação Paulista de Medicina,** Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Drs. Re-

nato Robert Corrêa e Anísio Ribeiro de Lima — Nota sobre o gênero *Rhodnius* S. tal, 1859, no Est. de São Paulo. Hemiptera, Reduviidae;

2) Drs Renato Robert Corrêa e Gabriel R. Ramalho — Do encontro de duas espécies raras de anofelinos, nos Est. de Mato Grosso e São Paulo. Diptera, Culicidae; 3) Dr. Luiz Rey e Prof. Samuel B. Pessoa — Contribuição ao estudo dos focos de *Australobis glabratus* em Sergipe; 4) Prof. Samuel B. Pessoa e Dr. José de Oliveira Coutinho — Contribuição ao estudo de sangue na esquistossomose mansônica. XX — Eosinofilia pós-terapêuticas.

—, Departamento de Proctologia, sessão de 6 de maio de 1953, ordem do dia: O problema da dor no pós-operatório em proctologia. Uso local de anestésico de efeito prolongado — Drs. Raul Ribeiro da Silva, Milton Cezar Ribeiro e Waldemiro Nunes.

—, Departamento de Hematologia e Hemoterapia, sessão de 7 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Dr. Ademar Fiorillo — Electroforese: princípios gerais. Aplicação às hemopatias; 2) Drs. Gastão Rosenfeld e João Mendonça Cortez — Um caso de malária quartã; acidente transfusional; 3) Dr. Faria — Filtração do sangue preservado (apresentação de filme colorido sonoro).

—, Departamento de Neuro-Psiquiatria, sessão de 11 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Prof. W. Tornis — Tumores da hipófise. Tratamento cirúrgico; 2) Drs. Roberto Melaragno Filho, Roberto Paulo de Araujo e Abrão Anghinah — Angiomatose cutânea e intra-raquidiana; paraplegia crural espástica. Tratamento cirúrgico; 3) Drs. Antonio Spina França Neto, Thales de Brito e Floriano de Almeida — Cromomicose do sistema nervoso. Apresentação de um caso anátomo-clínico.

—, Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Apresentação de casos; 2) Dr. José Martine de Barros — O tratamento da sífilis latente tardia pela Penicilina. Resultados após 3 anos de observação; 3) Dr. Abrahão Rotberg — Vitiligo sistematizado com comprometimento da mucosa bucal.

—, Departamento de Pediatria, sessão de 12 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Drs. Virgílio Alves de Carvalho Pinto, Pedro Refinette e Roberto Vilhena de Moraes — Atresia do esôfago. Apresentação de um caso operado com sobrevida; 2) Prof. Samuel B. Pessoa — Considerações sobre a esquistossomose mansônica na infância.

—, Departamento de Cancerologia, sessão de 13 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Dr. Dino Carlos Bandeira — Granuloma eusinofoilo do frontal; 2) Dr. J. Krugg Filho — Retinoblastoma.

—, Departamento de Cirurgia, sessão de 15 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Dr. Eduardo Etzel — Plumbagem extra-periosteal com esferas de lucite no tratamento da tuberculose pulmonar; 2) Drs. Arrigo Raia e Orlando Ludovici — Orientação do tratamento das perfurações do esôfago; 3) Drs. Edgard São Juan e Dermeval Novais de Oliveira — Recanalização do esôfago com tubo metálico em casos de cancer; 4) Dr. Paulo Corrêa — Emprego de enxertos dermo-gordurosos no tratamento da hemi-atrofia facial.

—, Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 18 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Homenagem ao Prof. M. Justo Alonso da Universidade do Uruguai; 2) Cancer da laringe. Este assunto foi debatido nos seus aspectos cirúrgicos, radio-terápicos e de controle, tendo sido convidados, especialmente, os membros do Comitê Latino-Americano.

—, Departamento de Patologia, sessão de 19 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Dr. Armando Vicente Rotondi — Estudo geral dos clearance; 2) Dr. Ademar Fiorillo — Eletroforese pelo método cromatográfico em papel filtro: noções gerais.

—, Departamento de Medicina, sessão de 20 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Dr. Armando Vicente Rotondi — Fundamentos atuais da exploração funcional dos rins; 2) Dr. Gil Spillborghs — Nossa experiência no tratamento de artrite reumatóide; 3) Drs. Lício Marques de Assis



e Helio Lourenço de Oliveira — Relação entre a albuminemia e o crescimento de criança em fase de atividades e de regressão da síndrome nefrótica.

—, Departamento de Radiologia e Eletricidade Médica, sessão de 22 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Drs. Antonio Ferreira Filho e Murilo Leite Chaves — Alguns aspectos radiológicos das enterites estenosantes; 2) Dr. Roberto Taliberti — Estudo radiográfico da escoliose toracoplastica. Análise de 100 casos operados no Hospital São Luiz Gonzaga.

—, Departamento de Urologia, sessão de 25 de maio de 1953, ordem do dia: Drs. Augusto Amelio da Motta Pacheco e Alcyr Azevedo Marques — O estado do testículo na varicocele. Estudo histológico.

—, Departamento de Medicina do Trabalho, sessão de 26 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Dr. Hugo Ribeiro de Almeida — Surdez ocupacional; 2) Dr. Vinicius de Arruda Zamith — Reabilitação profissional e social dos hansenianos egressos.

—, Departamento de Cultura Geral, sessão de 27 de maio de 1953, ordem do dia: Prof. Edmundo Vasconcellos — Valores pictóricos na fotografia em cores.

—, Departamento de Tisiologia, sessão de 27 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Drs. Newton de Toledo Ferraz, Domingos M. Minervino, Nelson A. M. Garrafa e Italo J. de Stefano — Contribuição para o estudo da silicose nas indústrias de São Paulo — Importância da roentgenografia no diagnóstico desta doença profissional; 2) Mozart Tavares de Lima Filho, Oscar Ugolini e Henrique P. Junqueira Reis — Pneumonias Atípicas.

—, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 28 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Expediente: Escolha de um dos relatores ao tema de Ginecologia e Prurido Vulvar, a ser apresentado na VII Jornada Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia a realizar-se em 26 a 29 de outubro do corrente ano; 2) Tema: Colpoci-

tologia — a) Dra. Dirce de Camargo Rodrigues — Função ovariana e colpocitologia; b) Dr. Juvenal R. Meyer — Colpocitologia e biópsia do endométrio; c) Dr. Antonio Cardoso de Almeida — Colpocitologia no diagnóstico do Ca do colo do útero; 3) Dr. Luiz Miller de Paiva — O papel do fígado na patogênica da tensão pre-menstrual.

—, Departamento de Anestesia, sessão de 29 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Drs. Oswaldo Vital Brazil e Gil Soares Bairão — Ação gangliopéptica da Procainamida; 2) Modificação do programa de exame para título de especialista.

**Centro de Estudos Franco da Rocha**, sessão de 27 de maio de 1953, ordem do dia: 1.º) Impressões de uma viagem à Europa — dr. Osorio Cesar; 2.º) Conceitos atuais sobre os virus — dr. Luiz Augusto Ribeiro do Valle.

**Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose**, sessão de 30 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Prof. dr. Italo Domingos Le Vocee (convidado) — Circulação pulmonar nos pulmonares crônicos.

**Centro de Estudos Médicos do Hospital Santa Edwiges**, sessão de 28 de maio de 1953, ordem do dia: Cirurgia da válvula mitral (com projecção de filmes coolidos) — Dr. Ruy Ferreira Santos.

**Centro de Estudos Médicos Santa Joana**, sessão de 13 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Laringo-esôfago-broncoscopia: Indicações — dr. Sabino Vieira de Freitas Júnior (Foi projetada uma película referente ao assunto).

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 5 de maio de 1953, ordem do dia: Cirurgia da Esclera, Iris, Corpo Ciliar e Coróide — dr. Luiz Braz Salles.

—, sessão de 19 de maio de 1953, ordem do dia: Cirurgia da musculatura extrínseca do globo ocular — Prof. Moacyr E. Alvaro.

# PENICIER

**Penicier** sendo uma associação de *Penicilina G Potássica*, *Sulfadiazina*, *Sulfamerazina* e *Sulfametazina* é melhor tolerado e produz resultados superiores àqueles obtidos com estas mesmas substâncias quando ministradas separadamente, assertiva está comprovada por grande número de observações já publicadas na literatura médica.

**Penicier**, pela facilidade na sua administração e largo âmbito de indicação terapêutica, deve ter uma receptividade preferencial na clínica de crianças. Corroborando esta afirmativa, destacam-se as surpreendentes observações de VOLLMER e colab. (Vollmer, H. Pomerance, H. H., Brand, I. L., New York State Journ. Med. 50: 2293. Out. 1950 em que a terapia **Penicilino-Sulfamidas** por via oral em crianças portadoras de pneumonia e outras com amidalite, otite média e escarlatina em que os resultados foram positivos na quasi totalidade dos casos.

Recentemente, estudos e observações feitos na marinha dos Estados Unidos (U. S. Arm. Forces "Med. Journ.", 3: 973, 52) sobre o emprego da penicilina por via oral na blenorragia, revela-se que os resultados foram magníficos na maior dos casos tratados. Por outro lado, é certo que se obtém resultados ainda mais positivos quando se associa as sulfamidas à penicilina.

Nos casos onde o diagnóstico bacteriológico ainda não está estabelecido ou em infecções mistas, a terapia combinada aumenta a probabilidade de êxito porque os agentes infecciosos são atacados na sua totalidade. Pelo exposto verifica-se que **Penicier** é indicado em todos os casos de infecções suscetíveis à ação da penicilina e das sulfamidas.

**FÓRMULA POR COMPRIMIDO:**

	ADULTO	INFANTIL
Penicilina G Potássica .....	200.000 U	100.000 U
Sulfadiazina .....	0,18 g	0,09 g
Sulfamerazina .....	0,18 g	0,09 g
Sulfametazina .....	0,18 g	0,09 g

**INDICAÇÕES:**

Nos casos em que são indicadas a penicilina e as sulfamidas, como: infecções pneumocócicas, estafilocócicas, infecções pelo estreptococo hemolítico: erisipela, escarlatina, amidalite, mastodite, otite, etc. Coadjuvante no tratamento da meningite produzida por coto. Na druggia e extracões dentárias.

**POSOLOGIA** (Adulto e Infantil):

1 Comprimido de 4 em 4 horas, conforme os casos e a critério médico.

## APRESENTAÇÃO

**Adulto:** Vidros com 10 e 100 comprimidos.  
**Infantil:** Vidros com 10 e 100 comprimidos.

## LABORATÓRIO XAVIER

**JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.**

Rua Tamandaré, 552 — Rua Tamandaré, 984 — Caixa Postal 8 331 — São Paulo

**Consultores científicos:**

Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO  
Prof. Dr. GENÉRIO PACHECO

Prof. Dr. GENÍRIO PACHECO

Depósitos..... { Rio de Janeiro — Rua Mayrink Veiga, 11-9.º andar.  
Pôrto Alegre — Rua 7 de Setembro, 700-1.º andar.  
Belo Horizonte — Rua Goitacazes, 61.  
Curitiba — Rua Lourenço Pinto, 84.  
Recife — Rua da Concórdia, 143-1.º andar.  
Uberlândia — Avenida Cesário Alvim.

**Representante nos demais Estados.**

**Hospital Jequery**, sessão de 9 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Paralisia geral; 2) Alcoolismo crônico. Pneumonia lombar; 3) Psicose por lesão cerebral. Arterio-esclerose cerebral; 4) Infarto do miocárdio. Exposição clínica a cargo dos drs. José O. C. Bastos, Edu M. Gomes, Francisco G. e Silva e Jairo de A. e Silva.

—, sessão de 30 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Encefalopatia infantil; 2) Psicose por lesão cerebral — Arteriosclerose; 3) Esquizofrenia — Tuberculose pulmonar; 4) Paralisia geral. Exposição clínica à cargo dos drs. Ciro F. de Camargo, Francisco Collet e Silva, José M. Junqueira e José O. C. Bastos.

**Hospital Psiquiátrico Pinel**, sessão de 13 de maio de 1953, ordem do dia: Síndrome erotomaniaco. Considerações sobre dois casos com apresentação dos doentes.

**Manicômio Judiciário**, sessão de 9 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Homicídio. Esquizofrenia — dr. Rafael de Mello Alvarenga; 2) Homicídio Personalidade Psicopática — Dr. Maurício do Amaral; 3) Uxorídio. Personalidade psicopática — dr. Maurício Junior.

—, sessão de 22 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Atentado público ao pudor. Alcoolismo crônico — dr. Paulo Fraletti; 2) Furtos. Personalidade psicopática — dr. Maurício Levy Junior; 3) Estupro. Personalidade psicopática e provável epilepsia — dr. Tarciso Leonce Pinheiro Cintra.

—, sessão de 29 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Homicídio praticado na vigência de surto psicótico agudo. Esquizofrenia evoluindo por brotos — dr. Raphael de Melo Alvarenga; 2) Psicopata e provável epilético autor de estupro com homicídio — dr. Tarciso Leonce Pinheiro Cintra.

**Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, sessão de 1 de junho de 1953, ordem do dia: 1) Filme sobre labio leporino unilateral total direito; Técnica de "Lemesurier" para o labio, e "Veau-Ernst" para o palato — Dr. Roberto Farina; 2) O

tempo funcional das otoplastias — dr. J. Rebelo Netto; 3) Tratamento cirúrgico do Hallux Valgus — drs. George Arié e Nelson S. Oliveira. Foram também discutidos os temas sobre Hispospadai e Paralisia facial.

**Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo**, sessão de 12 de 12 de maio de 1953 ordem do dia: 1) Conferência do prof. Augusto Paulino, do Rio de Janeiro; 2) Entrega do prêmio Arnaldo Vieira de Carvalho, patrocinado pelo Lab. Sanitas do Brasil S/A, aos srs. drs. J. O. Coutinho, Julio Croce, Vicente Amato Neto, Luiz Fonseca e Rubens Campos; 3) Posse da nova diretoria eleita para o corrente ano.

—, sessão de 15 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Observações e estudos a propósito da estroglíodíase. Considerações sobre alguns aspectos inéditos — drs. J. O. Coutinho, Julio Croce, Rubens Campos, Luiz Carlos Fonseca e Vicente Amato Neto. Os autores conquistaram com esse trabalho o Prêmio "Arnaldo Vieira de Carvalho de 1952, oferecido pela Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo e patrocinado pelo Laboratório Sanitas do Brasil S/A. A apresentação do trabalho obedeceu a seguinte Ordem: 1) dr. J. O. Coutinho — Importância médico-social e epidemiológica; 2) dr. Julio Croce — Diagnóstico clínico; 3) dr. Rubens Campos — Diagnóstico de laboratório; 4) dr. Luiz Carlos Fonseca — Diagnóstico radiológico; 5) dr. Vicente Amato Neto — Tratamento; 6) Discussão.

**Sociedade Médica São Lucas**, sessão de 4 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Diagnóstico diferencial das doenças do esôfago. Aspectos clínicos, radiológicos e endoscópicos — dr. Sabino Vieira de Freitas Junior; 2) Abdômen cirúrgico na criança — Dr. Primo Curti; 3) Estreitamento do esôfago e do estômago por ingestão de substâncias corrosivas. Conduta cirúrgica — dr. Mario Fanganiello.

—, sessão de 18 de maio de 1953, ordem do dia: 1) Movimento da seção de Maternidade do Sanatório São Lucas durante o ano de 1952 — dr. Waldemar Machado.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 15 de maio de 1953. ordem do dia: 1) Diagnóstico endoscópico do câncer do esôfago — dr. Plínio Mattos Barreto; — 2) Diagnóstico radiológico — dr. Paulo de Almeida Toledo; 3) Resultados da radioterapia — dr. Almeida Rufino; 4) Cirurgia, — prof. dr. Edmundo Vasconcelos.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo**, sessão de 30 de abril 1) dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra — Involução senil patológica. Considerações psicopatológicas em torno de um caso pericial. 2) dr. Edmur de Aguiar Whitaker — Um caso grave de sadismo, com

frequente morte das vítimas, ocorrido em São Paulo. O autor fez o estudo psiquiátrico-legal que o caso comportava.

**Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo**, sessão de 20 de maio de 1953, ordem do dia: Dr. Luiz Edgard Puech Leão — Diagnóstico e orientação terapêutica nas arteriopatas.

**Sociedade Paulista de Leprologia**, sessão de 11 de maio de 1953, ordem do dia: 1) drs. José Oliveira Almeida, Lauro de Souza Lima, Renato Piza Souza Carvalho — Diagnóstico da sífilis e da molestia de Chagas em leprosos.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Anais da Clínica Ginecológica da Santa Casa de São Paulo**, Vol. II, n.º 3, outubro 1951-1952. Ginecologia — Evolução e ensino — dr. Paulo de Godoy; Inversão crônica do útero — drs. Souza Rudge e Bernardo Blay; Mecanismo de defeza do aparelho genital feminino — dr. Francisco Bragamin; Recôma do ovário — drs. Lindoro Credidio e Domingos Delascio; Fibro-mimoma da vagina — drs. Arnaldo Dellivenneri e Caetano Giordano; Hérnia inguinal estrangulada em criança, contendo intestino, ovário e trompas — drs. Arnaldo Dellivenneri; e Venicius T. do Amaral; Cisto epidermoide da mama — dra. Sylvia Jorge das Neves; Condiloma acuminado na vulva com transformação maligna — dra. Sylvia Jorge das Neves; Colposcopia e colpocitologia — dra. Sara Ol. do Val; Uretrocistografia na mulher — dr. Moacir Tavoraro; Memórias de um médico de senhoras — dr. Paulo de Godoy.

**Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, Vol. 5, n.ºs 1-2, junho a dezembro de 1951. Contribuição para o estudo do problema da sífilis na Capital de São Paulo — Barros, José Martins de.

**Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo**, Vol. 6, n.ºs 1-2, julho e dezembro de 1952. Aglutinação de trofozoítos de uma endameba de vida livre (E. Moshkovskii) por soro sanguíneo humano — Leal, Rubens Azzi e Amaral, A. Dacio F.; Nove anos de controle da tuberculose na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo — Gusmão, Hermelino Herbster; Sobre Toxothrychites Haemorrhoidalis Separatus Arribalzaga, 1891 — Forattini, O. P. e Lane, J.; Inflamações e explosões de agentes anestésicos — Ribeiro, B. Alves; Sobre uma somatória notável — Duarte, G. Garcia.

**Coletânea de Trabalhos do Instituto Butantan**, Vol. III, 1951-1952. Esta coletânea reúne os trabalhos realizados no Instituto ou com a sua colaboração e publicados em outras revistas que não as "Memórias do Instituto Butantan". São reproduções em Multith cuja indicação bibliográfica foi acrescentada na 1.ª página e para referências é aconselhável usar essas indicações. Os artigos foram reproduzidos com autorização das respectivas revistas, a quem agradecemos.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XIII, n.º 2, fevereiro de 1952. A hiperostose frontal interna (Pesquisa anatômica e casuística clínica) — dr. Sebastião Hermeto Junior; Ectopia renal cruzada — dr. Augusto Amélio Motta Pacheco; Cistos Mesenteriais (Considerações sobre três casos) — drs. Edwin Benedito Montenegro, Paulo de Almeida Toledo e Ac. Ermettis Ferrarini; A propósito de um caso de corpo extraño — dr. Augusto Amélio da Motta Pacheco; Sarcoma da bexiga — dr. Augusto Amélio da Motta Pacheco; Estreitamento da uretra e litíase uretro-prostática — dr. Augusto Amélio da Motta Pacheco.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, Vol. XIII n.º 3, março de 1953. Observações anatômicas sobre a distribuição bronquial nos lobos pulmonares inferiores no homem — dr. Rubens Monteiro de Arruda; Algumas observações sobre o tratamento da esquistossomose mansônica com a fudina (Repo-

dral) e com o miracil D. — dr. Samuel Pessoa.

**Revista Paulista de Medicina**, Vol. 42, n.º 4, abril de 1953, o emprêgo do hexametônio como teste para a indicação da simpatectomia nas arteriopatas periféricas dos membros inferiores. — drs. Nairo França Trench e José Monfort; Esplenoportografia. Sua aplicação na síndrome de hipertensão porta. — drs. Octavio de Moraes Dantas, Palmiro Rocha e Nicolau de Moraes Barros Filho; Tumor de Wilms na infância. — drs. R. Vilhena Moraes, V. Carvalho Pinto e A. Arruda Sampaio. Registro de casos: Considerações sobre um caso de abscesso subfrenico. — drs. Luis Concilio e Miguel Abdo.

**Revista Paulista de Tisiologia**, Ano XII., Vol. 13, n.º 5, setembro-outubro de 1952. Derrame pleural coleraerínico. — drs. Mozart Tavares de Lima, dr. Daud Abucalla e Paulo de Paula e Silva; O Pêso do recém-nascido de tuberculosa. — dr. Cyro de Lauro Junior.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

**Prêmios para 1953.** — Em 1953 a Associação Paulista de Medicina distribuirá os prêmios abaixo mencionados, figurando a especialização a que são destinados. A inscrição dos trabalhos será encerrada, impreterivelmente, em 31 de outubro próximo.

**Prêmios:** — "Arnaldo Vieira de Carvalho" ginecologia; "Clemente Ferreira", tisiologia; "Diogo de Faria", clínica médica; "Franco da Rocha", psiquiatria; "Honório Libero", tisiologia; "José de Almeida Camargo", cultura geral; "Luiz Felipe Baeta Neves", urologia; "Mario Ottoni de Rezende", otorrinolaringologia; "Pravaz, Laboratório S/A", patologia e clínica do fígado e das vias biliares; "Silvio Maia", obstetricia.

**Instituição do prêmio "Mario Pereira".** — Por iniciativa do Instituto

Pinheiros Produtos Terapeuticos S. A., a Associação Paulista de Medicina distribuirá, bienalmente, um prêmio — Prêmio "Mario Pereira" — no valor de Cr\$ 20.000,00 (vinte mil cruzeiros) ao melhor trabalho que lhe for apresentado sobre *Microbiologia e Imunologia*.

A regulamentação deste prêmio obedece às mesmas normas que regem a distribuição dos outros prêmios distribuídos pela Associação Paulista de Medicina. O prazo para a entrega dos trabalhos será encerrado em 31 de outubro de cada ano ímpar e ao prêmio poderão concorrer todos os médicos regularmente inscritos na A. P. M., pelo menos três meses antes do prazo máximo fixado para a entrega dos trabalhos. A secretaria da A. P. M., fornecerá maiores detalhes aos interessados.



SEDATIVO E ANTIESPASMÓDICO

## FREINOSPASMYL

DRAGEAS

ESPASMOS DIGESTIVOS, PALPITAÇÕES,  
ANGUSTIA, NERVOSISMO.



### FÓRMULA:

Fenilmetilmaloniluréia ..... 0,03g.  
Bromidrato de Quinina..... 0,06g.  
Beladona: Folhas Pulverizadas .. 0,01g.  
Excipiente q. s. p. 1 drágea

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO  
FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

NOVA FÓRMULA!...

# Prinachol

## INJETAVEL

### FÓRMULA:

	Ampólas de	
	2cm <sup>3</sup>	5cm <sup>3</sup>
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Aceltilmetionina .....	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato .....	0,020 g	0,050 g
Soluto da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm <sup>3</sup>	5cm <sup>3</sup>

*Associada a Metionina - Colina - Solução  
de fração anti-tóxica do fígado*

**INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS**

Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado

**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

Ao Instituto Pinheiros a diretoria da A. P. M. agradeceu a instituição do prêmio, que certamente incentivará ainda mais a produção científica dos médicos brasileiros.

E' de esperar que outros laboratórios imitem iniciativas dessa ordem, cooperando com a Associação Paulista de Medicina para o progresso da ciência médica.

## CONGRESSOS MÉDICOS

### II Congresso Regional da Associação Paulista de Medicina

**Sua realização em Santos.** — Continuando o programa de ação visando o intercâmbio científico entre seus associados, a Associação Paulista de Medicina fará realizar, em fins de agosto, o seu II Congresso Regional, certamente que sem duvida reeditará o sucesso que constituiu o Congresso Regional realizado em Ribeirão Preto em 1952.

O II Congresso Regional será realizado na cidade de Santos, entre os dias 27 e 29 de agosto de 1953 e será organizado pela Associação dos Médicos de Santos. Do programa científico, elaborado pela Comissão Científica da A. P. M., constam 3 temas oficiais: "Esquistossomose", "Síndromes de hiperesplenismo" e "Diagnóstico e tratamento cirúrgico da estenose mitral".

Estão programadas, também, duas conferencias com debates sob forma

de mesa redonda: "Indicações, resultados e complicações das dietas pobres em sal" e "Tratamento cirúrgico dos aneurismas da aorta".

Além disso, serão apresentadas comunicações livres e serão feitas demonstrações cirúrgicas na Santa Casa de Misericórdia e no Serviço de Cirurgia do Torax. Exposição técnico-comercial e sessão de películas científicas complementarão o certame.

Do programa social, constam, entre outros, um passeio marítimo pelo estuário de Santos e uma visita à refinaria de petróleo do Cubatão. A taxa de inscrição é de de Cr\$ 200,00. Maiores esclarecimentos serão fornecidos em comunicados ulteriores. Os interessados poderão dirigir-se à Secretaria da Associação dos Médicos de Santos (Caixa Postal 203 — Santos).

### I Congresso Interamericano de Cirurgia

**Atividade do Congresso.** — No dia 9 de fevereiro do corrente ano no auditorio da Associação Paulista de Medicina, foi realizada a sessão solene do Colégio Americano de Cirurgiões, iniciando o seu Primeiro Congresso Interamericano de Cirurgia em país da America do Sul. A Mesa que dirigiu os trabalhos, presidida pelo dr. Moacyr E. Alvaro presidente da Comissão Organizadora do Congresso, tomaram lugar o prof. Ernesto Leme, representante do governador do Estado e reitor da Universidade de São Paulo, o cardeal d. Carlos Carmelo de Vasconcelos Mota, o dr. Harold L. Foss, presidente do Colégio Americano de Cirur-

giões, dr. Paul R. Hawley, diretor do Colégio Americano de Cirurgiões, prof. Benedito Montenegro, presidente da Associação Paulista de Medicina, prof. Alípio Corrêa Neto, presidente da Associação Médica Brasileira, dr. Euclides J. Zerbini, secretário do Congresso, além de nove governadores do Colégio Americano de Cirurgiões, representando os principais capítulos norte-americanos. Aberta a sessão pelo dr. Moacyr E. Alvaro, que saudou os congressistas, foi executado o Hino Nacional. O cardeal arcebispo de São Paulo proferiu depois breves palavras, invocando a proteção de Deus para o bom êxito do Congresso. A seguir, o prof.

Ernesto Leme, representando o governador Lucas Nogueira Garcez, pronunciou o seguinte discurso:

"Não foi sem desvanecimento que o governador do Estado aceitou a distinção que lhe desejaram conferir os organizadores desta reunião, oferecendo-lhe a presidência da Comissão de Honra do Congresso Interamericano de Cirurgia. E é com a mesma satisfação espiritual que ele agora vos dirige a palavra, para exprimir oficialmente os sentimentos de fraternidade com que São Paulo acolhe os eminentes cientistas que o visitam e para externar, com a autoridade que lhe atribuem as funções que exerce, a ufania desta Capital pela sua escolha para sede de tão significativa conferencia internacional.

Poucos ramos da ciência terão progredido tanto, de um século para cá, como esse a que dedicais a vossa intelligencia e o vosso labor. Mesmo examinando-se a atividade de um Lister, cuja intuição genial o colocou, na sua especialidade, à altura de seu imortal contemporaneo que foi Pasteur, tem-se a impressão de que a cirurgia mal saía então da noite medieval em que extemporaneamente permanecia. Mesmo com o desenvolvimento da asepsia e da anestesia, que representaram as bases iniciais e indispensaveis da revolução que se operou nesta parte da medicina, continuou a cirurgia a constituir, durante décadas, praticamente uma aventura. Prossegue ela ainda, felizmente, sua luminosa evolução, mas já alcançou em nossos dias tão surpreendente adiantamento, que a nenhuma parte do corpo humano se negam atualmente os benefícios de sua intervenção. E' natural, portanto, que ao cirurgião já não baste a destreza manual que era ainda ontem seu principal attributo. Precisa ele valer-se hoje de todas as ciências básicas que lhe facultem a familiaridade com os fenômenos concernentes aos tecidos vivos, e a reunião desses inumeraveis conhecimentos, bem como a adoção dos métodos de sua applicação prática, não podem resultar de trabalhos individuais e isolados, mas da colaboração de coletividades inteiras, locais primeiro, nacionais depois e, final-

mente internacionais. Daí, a importancia deste Congresso, de cuja organização justamente se orgulham os cirurgiões americanos.

Nisto não ficam, porém, as razões da ufania de São Paulo pela oportunidade, que lhe foi generosamente proporcionada, de hospedar por alguns dias os illustres cientistas que aqui se congregam. Uma conferencia scientifica não representa jamais uma reunião banal. Mas esta apresenta um caracteristico especial que lhe confere importancia realmente transcendental, pois é o primeiro congresso do genero que se realiza neste Continente, acrescentando-se, portanto, à natural relevancia que de qualquer modo a distinguiria, o caracter simbólico de que ela se reveste também. E', com effeito, uma nova porta que se abre de par em par à estreita colaboração internacional que vai solidamente unindo num todo indivisivel o Novo Mundo, seja no dominio espiritual, seja no campo científico, seja no terreno da economia, como inestimavel contribuição das Americas para o ideal de um mundo só e de uma só humanidade.

E há finalmente uma terceira razão de ufania para todos nós, vindo aqui reunido o vosso Primeiro Congresso Interamericano: a de ter partido a honrosa escolha de São Paulo para sua sede, dessa admiravel instituição que é o Colégio Americano de Cirurgiões, que o Governo de São Paulo aproveita a occasião para saudar na pessoa de seu eminente presidente, dr. Harold L. Foss, aqui presente. Ao surgir em 1913 essa grande associação, inspirada pelo descortino do dr. Franklin H. Martin, de Chicago, e que nela, desde o inicio, reuniu os principais cirurgiões dos Estados Unidos e do Canadá, não tinha ainda a cirurgia, apesar dos progressos realizados, perdido todo o seu antigo caracter de aventura. Mesmo os mais illustres especialistas da época lutavam ainda com os problemas criados pela continua introdução, em suas atividades, das práticas pouco éticas por outros advogadas. Quanto ao grande público, nenhuma possibilidade tinha de julgar a competencia profissional e moral do cirurgião.

A solução desses problemas foi o alto objetivo inicial da grande associação a que pertencéis, só admitindo a "fellowship" especialistas em cirurgia diplomados por escolas médicas idôneas e que preencham exigências específicas de treinamento avançado, apresentando, ademais, qualidades morais e éticas perfeitamente comprovadas, essa entidade reúne em seu seio os cirurgiões reconhecidos como líderes progressistas da profissão e expoentes da técnica perfeita. Todo "fellow" assina uma promessa de colocar o bem-estar de seu doente em primeiro lugar, de evitar dicotomia com outros médicos e demais abusos de confiança que possam prejudicar o paciente, de procurar constantemente sua melhoria profissional e de seguir os mais altos padrões de ética de sua profissão. Diante de tão rígido processo de seleção, o simples fato de pertencer um cirurgião ao quadros dessa entidade constitui a melhor segurança ao público, de que nele pode realmente confiar.

É fácil avaliar, portanto, a contribuição prestada pelo Colégio Americano de Cirurgiões ao desenvolvimento da cirurgia mundial. Já possui, como acaba de afirmar seu ilustre presidente, 18 mil membros espalhados por todos os países do mundo civilizado, todos empenhados na difusão dos elevados princípios que o dr. Harold L. Foss acaba, tão admiravelmente, de resumir em seu discurso. Não haverá, portanto, exagero em afirmar que se a cirurgia figura entre os ramos da ciência que mais progrediram nestas últimas décadas, em boa parte o deve aos trabalhos com tanto idealismo e criatividade realizados pela ilustre entidade a que pertenceis.

Eis, portanto, o grande motivo do desvanecimento com que São Paulo viu a sua escolha para sede deste Congresso. Foi a demonstração mais cativante, que se lhe fez até hoje, de que, nas atividades e pesquisas pelo desenvolvimento da cirurgia, não nos limitamos a receber, estamos também em condições de dar. Realmente, assim não fosse e não seria possível a importante inovação que o último dia do Congresso constituirá em nosso meio. Nesse dia, os congres-

sistas, de acordo com as suas tendências e preferências, poderão assistir, nos hospitais, escolas e clínicas desta Capital, a trabalhos de 14 diferentes especialidades, orientados por notáveis especialistas de São Paulo e consistentes em demonstrações operatorias, conferências, simposios, apresentação de temas livres e projeção de películas científicas aqui elaboradas.

Os votos do governador do Estado são no sentido de que vos sejam a todos agradáveis e proveitosos os quatro dias de reuniões que realizareis entre nós. Que esta conferência, tão significativa em todos os seus aspectos, alcance plenamente os altos objetivos que determinaram a sua promoção — eis o desejo de São Paulo, que julgo interpretar fielmente com estas breves palavras".

#### Palavras do Presidente do Colégio.

— Falou em seguida o dr. Harold L. Foss, cuja oração foi a seguinte:

Nesta cerimônia de abertura que promete ser uma das mais interessantes e informativas reuniões científicas da América do Sul, tenho a honra de vos trazer as saudações cordiais do Colégio Americano de Cirurgiões. Este papel de mensageiro de boa-vontade é talvez o mais importante que desempenharei. Estou certo de que jamais tive incumbência que me causasse tanto prazer e da qual me sentisse tão orgulhoso.

Estamos aqui reunidos na maior divisão política do hemisfério ocidental. Poderá causar surpresa a alguns colegas dos Estados Unidos verificar que estamos reunidos num País muito maior do que o nosso, e, se quisermos nos aprofundar em estatísticas, um País 65 vezes maior do que a Inglaterra.

O povo da América do Sul sempre possuiu, tradicionalmente, aquele apurado gosto pela arte, música e literatura, que durante séculos tem sido tão característico dos países do Velho Mundo. Têm os nossos amigos da América do Sul, em especial, uma inata apreciação da beleza, sendo esta a razão pela qual escolheram esta terra encantadora para seu lar. Através dos anos, foi-se criando aqui uma cultura, sem precedentes no Hemisfério Ocidental.

A experiência desvendou a sinergia  
funcional do grupo vitamínico  $\beta$ .  
Reunir seus elementos racionalmente  
é forjar arma segura contra os estados  
carentiais deste complexo.





Existem no Brasil grandes universidades, com importantes centros de educação, de pesquisa científica e de notável progresso médico cirúrgico. Aqui foram feitos grandes avanços no que diz respeito ao conhecimento de doenças tropicais, na preparação e emprego de sôros anti-venenosos e no tratamento da tuberculose.

Nenhum país da América do Sul possui sociedades científicas tão antigas ou de maior atividade do que as do Brasil: assim, a Academia Brasileira de Letras, que tem como modelo a Academia Francesa de Letras, aqui viveu o grande poeta lírico Gonçalves Dias. Foi aqui que, em 1838, fundou-se a Sociedade Brasileira de História e Geografia, a mais antiga organização Nacional do Novo Mundo.

Gostaria, porém, de fazer uma breve referência a alguns dos nomes ilustres da medicina sul-americana. Fazer justiça a esses nomes ilustres, que tanto enriqueceram a literatura científica mundial e que tão notavelmente contribuíram para o avanço da medicina, ultrapassaria o tempo que me foi concedido. Aqui viveu Oswaldo Cruz, que fez estágio no Instituto Pasteur em Paris e que libertou este País da febre amarela; aqui viveu Arnaldo Vieira de Carvalho, o notável cirurgião e fundador de uma das maiores escolas médicas do Brasil; mais para o Sul, na Argentina, viveu o ilustre Henrique Finochietto e a Oeste, no Chile, o famoso oftalmologista Carlos Charlini, enquanto no Uruguai viveu um dos grandes pioneiros da radiologia: Pedro Barcia.

Dos ilustres colegas de profissão, vivos, devo me referir, em primeiro lugar, ao meu grande amigo, dr. Benedito Montenegro, presidente do Capítulo Brasileiro do Colégio, ao dr. Brandão Filho, um dos mais afamados cirurgiões do Rio de Janeiro, e ao dr. Rocha Lima, o notável pesquisador desta cidade, cujos trabalhos em microbiologia são tão conhecidos. Nesta linda cidade vive também o dr. Jairo Ramos, o famoso cardiologista e diretor de uma das escolas médicas de São Paulo. Devemos render homenagem ao dr. Ali-

pio Corrêa Neto, presidente da Associação Médica Brasileira, que equivale à nossa American Medical Association, ao dr. Ajendro Ceballos, da Argentina, a Blanco Acevedo, o conhecido cirurgião uruguaio, ao dr. Italo Alessandrini, do Chile, e ao dr. Pedro Escudeiro, também da Argentina. São esses alguns dos notáveis médicos deste continente, representantes do grande grupo de sul-americanos, que conquistaram uma invejável posição na nossa profissão.

Como presidente do Colégio Americano de Cirurgiões — peço perdão por usar, com relação a esta organização de uma linguagem que pode parecer extravagante — considero-me honrado em representar a mais importante sociedade cirúrgica do mundo. Seus 18 mil membros são encontrados em todos os países civilizados. Foram todos selecionados após rigoroso escrutínio. Foram aceitos somente aqueles cuja integridade ficou perfeitamente estabelecida e após terem provado ser cirurgiões capazes e judiciosos.

Cento e oitenta dos nossos membros são da América do Sul e Central. O Capítulo Brasileiro do Colégio foi reconhecido em março do ano passado e o do Chile em fins de 52. Existem comissões na Argentina e Venezuela, trabalhando ativamente na organização de capítulos nesses dois países. Outros capítulos, sem dúvida, surgirão.

Os deveres básicos e propósitos do Colégio são os mesmos, desde a sua fundação. São eles:

- 1) Tornar acessível ao cirurgião tudo aquilo que é novo, progressivo e aceitável em nossa arte;
- 2) Proporcionar sempre maiores oportunidades de aperfeiçoamento em cirurgia e especialidades cirúrgicas;
- 3) Desenvolver entre os seus membros interesse inspirador e genuíno para o ensino;
- 4) Fornecer e melhorar os recursos práticos e facilidades para adquirir competência na cirurgia e tornar tais recursos imediatamente acessíveis aos mais moços, por meio de bons sistemas, internatos ou planos controlados de ensino;

- 5) Fornecer toda a ajuda possível para aumentar o número de candidatos aceitáveis pela comissão examinadora;
- 6) Proporcionar maiores oportunidades de pesquisa para aqueles especialmente dotados;
- 7) Finalmente, fazer causa comum com o jovem cirurgião, uma vez habilitado, auxiliando-o a se estabelecer com sucesso no exercício da profissão e a compreender a filosofia moral que o Colégio considera fundamental.

Esta entidade, cuja saudação tenho grande prazer em vos transmitir, é eminente por outras razões além da sua força e tamanho. É uma notável distribuidora de conhecimentos científicos. A revista que possui e publica, tem maior circulação que qualquer revista cirúrgica do mundo. Promove anualmente um congresso em uma das 3 ou 4 maiores cidades da América do Norte, com o comparecimento de perto de 8 mil médicos. Seus programas são variados, significativos e compreensivos, apresentados por qualquer organização cirúrgica do mundo. Promove oito reuniões regionais por ano, das quais este Congresso Interamericano provará ser um dos mais importantes. Os 44 capítulos componentes promovem reuniões periódicas. Sob os auspícios do nosso Colégio, são, dessa forma, realizadas cerca de 50 reuniões anuais, durante as quais são apresentados programas científicos notáveis por sua autoridade e compreensão. Assim, representa ela a maior agência de divulgação de conhecimentos, sob os auspícios de qualquer organização cirúrgica.

Este Congresso regional em São Paulo será particularmente valioso e um dos maiores até agora promovidos. Todos nós temos esperado por ele com o maior prazer.

Finalizando, permitam-me fazer a todos um cordial convite para comparecerem ao próximo Congresso do Colégio, a se realizar em Chicago, de 5 a 9 de outubro próximo.

Congratulo-me com o sr. presidente do Congresso e seu excelente "comité", que com tanto devotamento e zelo trabalhou na preparação de

um programa científico que promete ser um dos melhores até hoje organizados.

Em nome de todos nós, que usufruimos do que tão generosamente providenciaram, expresso os nossos agradecimentos. Ao sr., aos seus colegas, a todos os membros do Colégio Americano de Cirurgiões que vivem na América do Sul, e a todos os nossos distintos amigos e convidados que aqui se reunirão nos próximos três dias, trago os melhores e mais calorosos cumprimentos dos seus irmãos cirurgiões do Norte.

**Outros oradores.** — Proferiu breves palavras, a seguir, o dr. Paul R. Hawley, diretor do Colégio Americano de Cirurgiões, que fez considerações sobre os altos objetivos do Congresso, e sobre o critério que levou os dirigentes do Colégio a realizar o presente Congresso no Sul do Continente, em nossa Capital.

O dr. Alipio Corrêa Neto, Presidente da Associação Médica Brasileira, falou a seguir, salientando a importância e os altos propósitos do Colégio Americano de Cirurgiões, em vista do magnífico programa elaborado para o presente Congresso e, entre outras coisas, em virtude dessa instituição vir encarando, no seu programa, os problemas técnicos da cirurgia, vir desdobrando, desde a sua fundação, um grande esforço construtivo, que serviu de incentivo para o extraordinário desenvolvimento da cirurgia nos Estados Unidos.

Por último, falou o dr. Benedito Montenegro, presidente honorário do Congresso, presidente da Associação Paulista de Medicina e da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, felicitando os dirigentes do Colégio Americano de Cirurgiões, por terem deliberado realizar o presente Congresso Interamericano de Cirurgia fora de sua sede, oferecendo aos colegas da América Latina, por intermédio dos seus delegados, os frutos de sua vasta experiência científica e profissional, solidificando, ainda mais, os vínculos que unem os povos da América.

Prosseguindo, disse o dr. Benedito Montenegro:

— “A Associação Paulista de Medicina, que tenho a honra de presidir, e que há muito vem pugnando pela união cada vez mais íntima dos médicos não só de São Paulo como de todo o Brasil, que tem sido pioneira, entre nós, na luta pelas reivindicações de classe e no movimento de alevantamento da ética profissional, que tanto tem-se interessado pela modernização do ensino médico e pelo estabelecimento de um padrão hospitalar brasileiro, de nível mais elevado do que o atualmente existente, não poderia,

de forma alguma, conservar-se à margem de tão notável acontecimento em nosso meio científico e, por isso, resolveu colaborar com a Comissão Organizadora do Congresso, pondo à disposição, dessa Comissão, a sua sede para que aqui sejam realizadas as sessões plenárias”.

Encerrando os trabalhos, o dr. Moacyr E. Alvaro agradeceu a presença da numerosa assistência, na qual estavam representados os mais destacados centros de cirurgia de todas as Américas.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### Estágios para estudantes de psiquiatria

**Estágio de psiquiatria no Estrangeiro.** — Existe atualmente, número limitado de vagas para treinamento no Departamento de Psiquiatria da McGill University, em Montreal, Canadá.

Os candidatos devem possuir diploma de escola médica reconhecida e ter período de internamento.

O curso, de quatro anos, têm por objetivo preparar especialistas que tencionem exercer a psiquiatria em hospitais gerais, assistência pública, universidades, ou trabalhos de pesquisa. A experiência anterior é levada em conta podendo-se arranjar períodos de instrução mais curtos, bem como instrução especializada em determinados setores.

Os que forem aceitos serão encaminhados a uma das sete zonas

universitárias de Montreal. Nesses cargos estão incluídos o alojamento e refeições, e mais os honorários mensais de \$25.00 a \$50.00, que são o estipêndio básico. Em vários centros concedem-se os emolumentos adicionais de \$800 por ano.

Os candidatos deverão escrever ao Chairman of the Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Canadá.

A data de abertura da nova sessão será a 1.º de julho de 1953, e os pedidos já estão sendo tomados em consideração.

Os interessados poderão também dirigir-se ao prof. A. C. Pacheco e Silva, na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas.

### Estatística de mortalidade em 1951

**Índice de mortalidade em vinte países.** — A Organização Mundial da Saúde Publicou estatísticas sobre os índices de mortalidade e suicídio em vinte países. Das estatísticas apresentadas, conclui-se, antes de tudo, que morrem atualmente, nos vinte países onde foram feitas as estatísticas, mais homens do que mulheres. Infere-se também ser maior o número de homens que põem termo

à vida. Os dados revelam que Chipre, a Irlanda e o Chile registram os índices mais baixos de suicídios. Berlim é a cidade em que houve, em 1950, o maior número de suicídios — 47,7 homens e 33,3 mulheres para cada grupo de cem mil habitantes. Houve maior número de suicídios, em número decrescente, nos seguintes países: Áustria, Suíça, Dinamarca, Estados Unidos, Alemanha Ocidental,

# NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE, HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA PINHEIROS

As afecções crônicas e agudas do fígado são doenças graves, que podem levar à morte. A hepatite crônica é uma doença que se desenvolve lentamente, e a hepatite aguda é uma doença que se desenvolve rapidamente. Ambas as doenças são causadas por vírus, bactérias ou toxinas. O tratamento depende do tipo de doença e da gravidade dos sintomas. A hepatite crônica pode ser tratada com medicamentos que ajudam a reduzir a inflamação e a proteger o fígado. A hepatite aguda pode ser tratada com medicamentos que ajudam a aliviar os sintomas e a prevenir complicações. Em alguns casos, a cirurgia pode ser necessária para remover o fígado doente e substituí-lo por um fígado saudável.

As afecções crônicas e agudas do fígado são doenças graves, que podem levar à morte. A hepatite crônica é uma doença que se desenvolve lentamente, e a hepatite aguda é uma doença que se desenvolve rapidamente. Ambas as doenças são causadas por vírus, bactérias ou toxinas. O tratamento depende do tipo de doença e da gravidade dos sintomas. A hepatite crônica pode ser tratada com medicamentos que ajudam a reduzir a inflamação e a proteger o fígado. A hepatite aguda pode ser tratada com medicamentos que ajudam a aliviar os sintomas e a prevenir complicações. Em alguns casos, a cirurgia pode ser necessária para remover o fígado doente e substituí-lo por um fígado saudável.

## NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA ARTERIOSCLEROSE, P. O. L. (PRINCÍPIOS OXI-LIPOTRÓPICOS) PINHEIROS

Japão, Finlândia, França, Suécia e Inglaterra.

A taxa de mortalidade, provocada pela tuberculose foi muito elevada na França, em 1951: de cada cem mil habitantes, a morte de 76 homens e de 40 mulheres foi causada por essa enfermidade. No Japão, de cada cem mil habitantes, 159 homens e 133 mulheres morreram vitimados pela mesma doença. Em 1951, na Holanda, de cada grupo de cem habitantes, morreram, vítimas da tuberculose, dezoito homens e catorze mulheres. Na Inglaterra, em 1951, de cada grupo de cem mil habitantes, 250 homens e 184 mulheres morreram vítimas de tumores malignos. Na França, em 1951, 175 homens e 169 mulheres, em cada grupo de cem mil pessoas, morreram atacadas de tumores malignos. Nos Estados Unidos, no mesmo ano, faleceram em consequência de tumores malignos, em cada grupo de cem mil habitan-

tes, 141 homens e 136 mulheres. No Japão, também no ano passado, tumores malignos provocaram a morte, em cada grupo de cem mil habitantes, de oitenta homens e 74 mulheres. E' à arteriosclerose das coronárias e à miocardite degenerativa que se deve o menor número de obitos registrados na França, em 1951: 45 homens e trinta mulheres, em cada cem mil habitantes. No Japão, em 1951, essas duas doenças provocaram a morte, em cada grupo de cem mil habitantes, de 41 homens e 41 mulheres. Nos Estados Unidos, morreram desses males, em 1951, em cada grupo de cem mil habitantes, 329 homens e 196 mulheres. Na Inglaterra, também no ano passado, 326 homens e 290 mulheres morreram, em cada grupo de cem mil habitantes, vítimas da arteriosclerose das coronárias e da miocardite degenerativa.

### Associação Médica Mundial

**Brilhantes realizações.** — Desde sua fundação, em 1947, a WMA realizou seis assembléias em diferentes partes do mundo. Dela fazem parte 43 organizações médicas nacionais. A reunião que teve lugar em Estocolmo, no ano passado, revelou claramente que a Associação já se acha definitivamente estabelecida como organização internacional, cujos pontos de vista têm de ser levados em consideração por outras entidades internacionais e mesmo pelos governos. Ainda no ano passado a Associação Médica Mundial fez-se ouvir na Organização Mundial de Saúde e na Repartição Internacional do Trabalho, e isto muito especialmente em relação às suas propostas no sentido de padrões mínimos de segurança social. Foi forçada a intervir nessas outras organizações em face da necessidade de lutar pelo respeito à liberdade dos médicos, nos serviços médicos estabelecidos pelos esquemas de assistência e previdência sociais. Também no ano passado a Associação muito contribuiu para a preparação da

Conferência Mundial de Educação Médica, a ser realizada em Londres em agosto de 1953. A questão, de suma gravidade, que a Associação levanta em seu boletim (1952, 4, 241), é a de saber se a educação médica em todo o mundo têm marchado paralelamente aos progressos da própria medicina, que passou nos últimos tempos de uma situação de "arte" a uma outra, cada vez mais definida, de "ciência". Depois de se ter reunido em Estocolmo, em 1951, a Associação moveu-se no ano seguinte para Atenas, onde foi calorosamente recebida pelos médicos gregos. O maior interesse foi manifestado, ainda aqui, pelos problemas de previdência. Alguns representantes ingleses procuraram dissipar numerosas dúvidas surgidas quanto ao Serviço Nacional de Saúde de seu país, e o dr. Gregg salientou que em tempo se haveria de chegar a uma solução satisfatória para todos. Na mesma reunião salientou-se a conveniência de fundar uma associação internacional da imprensa médica. Os movimentos nesse sentido vieram



A prova tuberculínica é reduzida rapidamente e muitas vezes negativada pelas injeções intradérmicas de Gadusan, o que prova seu poder dessensibilizante.

Como diz RICH, na tuberculose pulmonar: *a melhora é paralela a dessensibilização.*

Confirmou-se o vaticínio desse tratadista: — “Se a dessensibilização tiver de ser largamente praticada na tuberculose, algum método não especificado, que não apresente os perigos das injeções de tuberculina, terá de ser criado”.

Realmente, esse método foi criado no Brasil, é o intradermogadusan, que em poucas injeções cura as *conjuntivites flictenulares*, as *eritematoses*, os *acessos asmáticos* e demais manifestações da *hiperalergia*.



**INSTITUTO TERAPÊUTICO ORLANDO RANGEL**

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

especialmente da França e da Itália. Já é praxe, todavia, haver em toda reunião anual da Associação uma

conferência de editores médicos, a qual vem aumentando de interesse de ano para ano.

## Necrológio

**Prof. Erasto Gaertner.** — Faleceu no dia 19 de maio de 1953, o professor Erasto Gaertner — membro da Regional de Curitiba da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões.

O extinto era prefeito da cidade de Curitiba, Estado do Paraná, docente livre de Clínica Cirúrgica, ex-professor catedrático de Obstetrícia, professor de Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

Fundador e diretor do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná, fundador da Clínica de Tumores do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná.

Deputado Constituinte à Assembleia Estadual do Paraná em 1935, deputado constituinte à Assembleia Nacional em 1946, membro da Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados.

## LITERATURA MÉDICA

### Apreciações

**Biomicroscopia e histopatologia do olho.** — Prof. A. Busacca. — Acaba de ser publicada, na Europa, por uma editora suíça, a importante obra do prof. A. Busacca, subordinada ao título: "Biomicroscopie et histopathologie de l'oeil", que é o primeiro de uma obra sobre a biomicroscopia do olho, versando um método de estudo das doenças oculares introduzido há cerca de 40 anos na especialidade.

A grande imprensa oftalmológica mundial foi unânime em reconhecer o valor desta obra em que Busacca, por primeiro, baseado num riquíssimo material pessoal de estudo, procurou explicar os diferentes quadros clínicos das molestias oculares pelos aspectos biomicroscópicos e istológicos. E todos enaltecem como um profissional que não têm à sua disposição os meios e os recursos das instituições oficiais tenha conseguido fazer uma obra de tal vulto.

Além do conteúdo, o livro foi muito elogiado pela apresentação: um volume de 480 páginas com 221 figuras intercaladas no texto e 128 figuras coloridas em 28 planchas.

Também o leigo em assuntos médicos fica impressionado ao ver essa verdadeira obra de arte tipográfica.

Vamos transcrever alguns tópicos das críticas feitas por algumas das principais revistas da especialidade.

O "Archives D'Ophthalmologie", de Paris, escreveu:

"Este livro resulta de uma concepção original muito lógica e justificada. Busacca confronta e procura fundir os dados dos exames biomicroscópicos e os da histologia. É curioso constatar que depois de quasi cinquenta anos que possuímos o biomicroscópio, seja a primeira vez que se tenta esta fusão num tratado desta importância. Lendo-se a obra ficamos admirados e confusos ante a quantidade de achados originais e pessoais que se acham ali reunidos. Sem querer cair numa expressão banal de estilo, podemos afirmar que o tratado de Busacca marcará uma época, aquela do início da síntese da biomicroscopia com a istologia".

Os "Annales D'Oculistique", de Paris, comenta:

"O grande mérito deste excelente livro, que constitui, ao mesmo tempo, um tratado original e um atlas demonstrativo, é de se ter, pela primeira vez, reunido elementos biomicroscópicos com achados histopatológicos do olho".

O "Bollettino di Oculistica", de Roma, releva que "é evidente o caráter didático que Busacca quis dar à sua obra, o que conseguiu de maneira digna e de todo elogiável. Para as doenças de maior interesse, cada fase do processo é apresentada contemporaneamente sob os dois aspectos, biomicroscópico e histológico de modo a levar o leitor a uma imediata visão anatômica do que o biomicroscópico nos mostra em cada fase. Esta feliz fusão representa, a nosso ver, o maior valor da obra".

Os "Annali di Oftalmologia", de Genova, depois de ter resumido e

comentado a matéria do tratado, assim conclui: "Assim, os estudiosos terão ocasião de admirar esta obra de Busacca, na qual mostra, além de ser um arguto observador clínico, um histólogo competente, dotado de capacidades técnicas pouco comuns".

O "Archives of Ophthalmology", de Chicago, conclui: "o autor e o editor estão de parabéns por terem publicado um volume tão lindo. Uma tradução inglesa, tornaria o livro mais adequado para uso nos Estados Unidos".

O "British Journal of Ophthalmology", de Londres, assim encerra sua crítica: "o texto é minucioso, claro e extraordinariamente interessante e as abundantes ilustrações são de uma beleza que raramente encontramos. No conjunto, a publicação é um triunfo para ambos: autor e editor".

A obra foi editada em francês.

## ESPASMO-SITALGEX

(Contra as dores do pós-operatório)

**Fórmula:** Cada ampôla de 2 c.c. contém:

Clor. Papaverina .....	0,03 g	Cânfora .....	0,04 g
Bromoisovaleriluréa ..	0,06 g	Alcôol benzílico .....	0,10 g
Amidopirina .....	0,20 g	Glicol propilénico q.b.p.	2 cc.

**Ação antiespasmódica:** *Clor. de papaverina.*

**Ação analgésica principal:** *Bromoisovaleriluréa* — (Sedativo inócuo, não cria hábito, fixa-se sobre o colesterol) o mais racional dos neurosedativos.

**Ação analgésica coadjuvante:** *Amidopirina.*

**Ação compensadora:** *Cânfora* (Analético circulatório e respiratório).

**Indicações:** Em tôdas as manifestações dolorosas do pós-operatório; nevralgias, cólicas uterinas, renais e hepáticas, mialgias, artralgias, etc.

**QUIMIATRA S/A.**

PRODUTOS QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S/A.

Rua Augusta, 1520 — São Paulo — Fone: 31-1156

# **INSTITUTO RADIÓLOGICO** **"CABELLO CAMPOS"**

## **Radiodiagnóstico e Radioterapia**

***Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS***

**(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)**



**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0655**

**SÃO PAULO**

## **EXCERPTA MÉDICA**

**Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos  
publicados na literatura médica mundial.**



**Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:**

- |  |  |
|--|--|
| <b>I - Anatomia, Embriologia e Histologia.</b>     | <b>VIII - Neurologia e Psiquiatria.</b>    |
| <b>II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia.</b> | <b>IX - Cirurgia.</b>                      |
| <b>III - Endocrinologia.</b>                       | <b>X - Obstetria e Ginecologia.</b>        |
| <b>IV - Microbiologia e Higiene.</b>               | <b>XI - Oto-rino-laringologia.</b>         |
| <b>V - Patologia Geral e Anatomia Patológica.</b>  | <b>XII - Oftalmologia.</b>                 |
| <b>VI - Medicina Geral.</b>                        | <b>XIII - Dermatologia e Venereologia.</b> |
| <b>VII - Pediatria.</b>                            | <b>XIV - Radiologia.</b>                   |
|  | <b>XV - Tuberculose.</b>                   |



**Pedidos de assinaturas para:**

**111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA**

# BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

**4** *agentes anti-espasmódicos com elevada ação:*

EFEDRINA  
TEOFILINA  
BENZILFTALATO DE CALCIO  
AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via ORAL, contra a ASMA porque:

- Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.
- Aborta, sem excepção, os ataques no seu início.
- Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDROS DE 20 COMPRIMIDOS

---

## LEUKOTROPIN

Fenilicominato de hexamedilextramina

REUMATISMOS, ESTADOS INFLAMATÓRIOS  
E INFECCIOSOS

Acondicionamento em caixas de:

2 ampólas de 10 cm<sup>3</sup> — 5 ampólas de 10 cm<sup>3</sup> e 5 ampólas de 5 cm<sup>3</sup>.

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

---

## LEUKOSALYL

Fenilicominato de hexamedilextramina — Cafeína — Salicilato de sódio.

ARTRITE DEFORMANTE — CRÔNICA

Acondicionamento em caixas de 5 ampólas de 10 cm<sup>3</sup>.

PARA USO ENDOVENOSO



Fabricante: SILBE H. O.  
AMSTERDAM — HOLANDA

Distribuidores

REMÉDIA

CAIXA POSTAL, 3117

SÃO PAULO



# DISTONEX



para o



## Equilíbrio vago-simpático



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 26-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimeu.